

DOKUMENT REFERENCYJNY

Etyka farmaceuty i autonomia zawodowa: Imperatywy dla zachowania niezależności zawodu farmaceuty w zgodzie z interesem publicznym

Spis :

Wprowadzenie.....	3
Rozważania FIP na temat etyki i autonomii zawodowej farmaceutów	3
Wieloletnie zainteresowanie etyką	3
Potencjalne ograniczenie autonomii zawodowej farmaceutów	4
Opinia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości	4
Symposium na temat autonomii zawodowej	5
Przegląd Kodeksów Etyki	6
Wspieranie wysiłków innych	6
Badanie organizacji członkowskich FIP	7
Przegląd piśmiennictwa	8
Współczesne zagadnienia etyczne w zawodzie farmaceuty	8
Grupa Robocza zidentyfikowała następujące cztery kategorie (wraz z konkretnymi przykładami) kwestii etycznych, z którymi spotykają się farmaceuci we wszystkich obszarach praktyki	8
Konieczność posiadania autonomii zawodowej dla realizacji misji zawodu farmaceuty	9
Dodatkowe obserwacje i ustalenia Grupy Roboczej	11
Zagrożenia dla autonomii zawodowej w ochronie zdrowia	11
Moralna odwaga	11
Uniwersalne wyzwania w farmacji	11
Transformacja zawodu farmaceuty	12
Szanse dla FIP	12
Ślubowanie farmaceuty	12
Wniosek	13
Załącznik A - Członkowie i proces działania Grupy Roboczej ds. etyki w zawodzie farmaceuty i autonomii zawodowej FIP	14
Załącznik B - Zakres zadań: Grupa Robocza ds. etyki w zawodzie farmaceuty i autonomii zawodowej	15
Wprowadzenie	15
Cel	15
Pożądane wyniki	16
Proces i harmonogram prac Grupy Roboczej	16
Skład	17

Załącznik C - Deklaracja Standardów Zawodowych FIP: Kodeksy etyki dla farmaceutów (2004)	18
Załącznik D - Podsumowanie sympozjum FIP na temat autonomii zawodowej "Zrozumienie, zachowanie i ochrona autonomii zawodowej farmaceutów".	
.....	21
Cel Sympozjum	21
Otwarcie sympozjum.....	21
Korporatyzacja praktyki farmaceutycznej i autonomia farmaceuty.....	21
Usługi farmaceutyczne zorientowane na rynek.....	23
Usługi farmaceutyczne ukierunkowane na pacjenta	23
Studia przypadków dotyczące poszukiwania równowagi między podejściem ukierunkowanym na rynek a podejściem ukierunkowanym na opiekę nad pacjentem w praktyce farmaceutycznej.....	24
Otwarta dyskusja.....	26
Podsumowanie i wnioski.....	26
Kierownictwo Sympozjum	28
Załącznik E - Wyniki ankiety dotyczącej badania etyki/autonomii przeprowadzonej wśród organizacji członkowskich FIP (wrzesień-grudzień 2012 r.).....	30
Załącznik F - Przegląd piśmiennictwa na temat etyki i autonomii zawodowej farmaceutów	32
Przegląd.....	32
Tło	32
Etyka w życiu zawodowym - historia rozwoju.....	32
Farmaceuta jako zawód	35
Brak uznania "zawodowego" statusu farmaceutów	37
Wyzwania dla profesjonalizmu i autonomii zawodowej farmaceutów	37
Konflikty interesów w farmacji - dwoistość interesów.....	41
Relacje farmaceutów z przemysłem farmaceutycznym	42
Farmaceuci pracujący w przemyśle farmaceutycznym	42
Poważne wyzwanie: Korporatyzacja aptek i ograniczenie autonomii	43
Utowarowienie (Komerccjalizacja) opieki zdrowotnej i podwójna lojalność	44
Wnioski.....	45
Bibliografia	45



Wprowadzenie

Grupa Robocza (WG) ds. Etyki i Autonomii Zawodowej Farmaceuty została powołana przez Komitet Wykonawczy Rady ds. Praktyki Farmaceutycznej Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (BPP ExCo) w kwietniu 2012 roku (patrz Załącznik A). Uzasadnienie utworzenia Grupy Roboczej było następujące:

Liderzy FIP poświęcili w ostatnich latach znaczną uwagę kwestiom związanym z autonomią farmaceutów, stymulowaną częściowo przez ruchy w niektórych krajach zmierzające do liberalizacji przepisów, które ograniczają własność aptek ogólnodostępnych do farmaceutów. W sytuacji, gdy farmaceuci są zatrudniani, czy to przez właściciela apteki, czy przez instytucję opieki zdrowotnej, napięcie między imperatywami zawodowymi praktykującego farmaceuty a interesami finansowymi właściciela lub instytucji może zagrozić profesjonalnej usługę świadczonej pacjentom. Oficjalny dokument FIP na ten temat posłużyłby do poszerzenia zrozumienia wśród farmaceutów oraz wśród konsumentów i urzędników państwowych, dlaczego te kwestie są ważne i jakie kroki należy rozważyć, aby zapewnić społeczeństwu optymalną korzyść z potencjału zawodu farmaceuty.

Grupa robocza została poproszona (patrz Załącznik B) o "napisanie raportu na temat kluczowych kwestii związanych z etyką, autonomią i profesjonalizmem, z którymi borykają się współcześnie farmaceuci na całym świecie w praktyce zawodowej".

Raport ten oferuje ramy do przemyślenia i oceny kwestii związanych etyką i autonomią zawodową - kwestii o kluczowym znaczeniu w farmacji, a nawet we wszystkich zawodach medycznych. Niezależnie od niniejszego raportu, grupa robocza zaleciła przedstawicielom FIP podjęcie kroków, które Federacja, jej organizacje członkowskie i inne podmioty mogą podjąć w celu zapewnienia, że farmaceuci, niezależnie od miejsca wykonywania zawodu, mają motywację i autonomię zawodową niezbędną do tego, by zawsze służyć najlepszym interesom pacjentów.

Rozważania FIP na temat etyki i autonomii zawodowej farmaceutów

Wieloletnie zainteresowanie etyką

Stałe zainteresowanie FIP kwestiami etycznymi w praktyce farmaceutycznej i naukach farmaceutycznych zostało niedawno potwierdzone w Deklaracji Stulecia (październik 2012 r.), która zawiera następujące zobowiązanie FIP i jej 127 organizacji członkowskich:

Zachęcanie farmaceutów i naukowców prowadzących badania w naukach farmaceutycznych do przestrzegania najwyższych standardów postępowania zawodowego, zawsze traktując priorytetowo służenie najlepszym interesom pacjentów i całego społeczeństwa.



Od wielu lat coroczny kongres FIP organizuje sesje plenarne poświęcone kwestiom etyki i profesjonalizmu związanym z rozszerzającym się zakresem praktyki farmaceutycznej.

Deklaracja Standardów Zawodowych FIP: Codes of Ethics for Pharmacists (wrzesień 2004) (Załącznik C) zachęca odpowiednie stowarzyszenia w każdym kraju do opracowania kodeksu etyki dla farmaceutów. Oświadczenie wymienia 14 obowiązków farmaceutów, które powinny zostać ujęte w takich kodeksach etycznych. Oświadczenie z 2004 roku zastąpiło wersję dokumentu z 1997 roku. (Grupa Robocza nie mogła ustalić, czy istniał bezpośredni poprzednik dokumentu z 1997 roku, chociaż w trakcie prac okazało się, że FIP przyjęła "Międzynarodowy Kodeks Etyki dla Farmaceutów" w 1960 roku).

Potencjalne ograniczenie autonomii zawodowej farmaceutów

Poza tym ogólnym zainteresowaniem etyką, w ostatnich latach wśród liderów FIP pojawiły się poważne obawy dotyczące potencjalnej erozji autonomii zawodowej farmaceutów wynikającej z prób liberalizacji przepisów dotyczących własności aptek w krajach europejskich. W lutym 2008 r. prof. Kamal K. Midha, prezes FIP, zwrócił się do Sekcji Farmacji Społecznej (CPS) z prośbą o ocenę tej sytuacji. W tym czasie przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości toczyła się sprawa, w której zakwestionowano legalność ograniczenia własności aptek do farmaceutów. W czerwcu 2008 r. grupa robocza w ramach CPS przedłożyła przewodniczącemu FIP poufną analizę implikacji powstawania sieci aptek.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Opinia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości

W odniesieniu do własności aptek, Europejski Trybunał Sprawiedliwości wydał bardzo stanowczą opinię w swojej decyzji C-171/07 (9 maja 2009 r.):

Nie ulega wątpliwości, że podmiot posiadający status farmaceuty dąży, podobnie jak inne osoby, do osiągnięcia zysku. Jednakże, w przypadku podmiotu z wykształceniem farmaceutycznym, zakłada się, że prowadzi aptekę nie tylko w celu czysto ekonomicznym, ale także z profesjonalnego punktu widzenia. Jego prywatny interes związany z osiągnięciem zysku jest zatem kompensowany przez jego wykształcenie, doświadczenie zawodowe i odpowiedzialność, którą ponosi, biorąc pod uwagę, że każde naruszenie zasad prawa lub etyki zawodowej podważa nie tylko wartość jego inwestycji, ale także jego własną egzystencję zawodową. W przeciwieństwie do farmaceutów, niefarmaceuci z definicji nie posiadają wykształcenia, doświadczenia i odpowiedzialności równoważnych z tymi, które posiadają farmaceuci. W związku z tym nie zapewniają oni należnych gwarancji jak farmaceuci.

Trybunał wskazał, że to do państw członkowskich należy decyzja, czy „podmioty nieposiadające statusu farmaceuty mogą zagrozić niezależności zawodowej zatrudnionych farmaceutów, zachęcając ich do nabywania produktów leczniczych, których nie opłaca się już posiadać na stanie apteki, lub czy podmioty te są zobowiązane do obniżenia kosztów operacyjnych, co może wpłynąć na sposób, w jaki produkty lecznicze są dostarczane na poziomie detalicznym”.

Trybunał dodał, że państwa członkowskie mogą zdecydować, że "istnieje ryzyko, że przepisy prawne mające na celu zapewnienie niezależności zawodowej farmaceutów nie byłyby przestrzegane w praktyce, biorąc pod uwagę, że interes podmiotów nie



mających statusu farmaceutów nie zostanie osłabiony w sposób równoważny z farmaceutami prowadzącymi działalność na własny rachunek oraz fakt, że w przypadku farmaceutów świadczących pracę na rzecz i pod nadzorem innych podmiotów mogą oni mieć trudności w sprzeciwieniu się wydawanym przez podmiot instrukcjom".

Opinia Trybunału wpłynęła na wiele europejskich państw członkowskich, które zdecydowanie opowiedziały się za regulacjami własności aptek prowadzonych przez farmaceutów.

Symposium na temat autonomii zawodowej

We wrześniu 2009 r. Komitet Wykonawczy FIP i Sekcja Farmacji Społecznej zorganizowały symposium dla członków Rady FIP pod tytułem "Zrozumienie, zachowanie i ochrona autonomii zawodowej farmaceutów" (patrz Załącznik D). Organizatorzy symposium określili cel i potrzebę jego organizacji następująco:

Tradycyjny model farmaceuty/teki posiadającego/ej własną aptekę ustąpił miejsca sieciom i podmiotom międzynarodowym. Apteki prowadzące sprzedaż wysyłkową i e-apteki (np. internetowe) zmieniły dostępność usług. Celem tej konferencji liderów jest zbadanie, w jaki sposób możemy zapewnić, by zmieniające się warunki nadal pozwalały farmaceutom na podejmowanie niezależnych, profesjonalnych osądów i decyzji w najlepszym interesie pacjenta.

Prelegent, który mówił o "Korporatyzacji praktyki farmaceutycznej i autonomii Farmaceutów" zauważył, że farmaceuci, pracujący w aptekach należących do korporacji biznesowych, doświadczają rozmycia osobistej odpowiedzialności za swoje środowisko pracy, rozproszonej odpowiedzialności za jakość usług aptecznych i w mniejszym stopniu zwracają uwagę na imperatywy zawodowe (w porównaniu z imperatywami biznesowymi) w służbie pacjentom. Przedstawiono studia przypadków ze Stanów Zjednoczonych, Europy, Szwajcarii i Japonii dotyczące poszukiwania równowagi między usługami farmaceutycznymi w aptekach "ukierunkowanymi na rynek" a usługami "ukierunkowanymi na opiekę nad pacjentem".

Komentarze wygłoszone przez członków Rady w otwartej dyskusji obejmowały następujące kwestie:

- "Podwójna lojalność" farmaceutów (wobec pracodawcy i pacjenta) występuje we wszystkich miejscach wykonywania praktyki farmaceutycznej, nie tylko w aptekach ogólnodostępnych.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Problem autonomii, z którym borykają się farmaceuci, może być w równym stopniu związany z wykonywaniem czynności fachowych w pracy administracyjnej, jak i w detalicznym wydawaniu leków w środowisku korporacyjnym.

- Praktyka farmaceutyczna musi opierać się zarówno na regulacjach, jak i na standardach etycznych w celu budowania kultury profesjonalizmu, która jest niezbędna dla zachowania finansowej i klinicznej autonomii farmaceutów.
- Farmacja może być zarówno dobrym biznesem i zawodem medycznym, ale wymaga to świadomych działań na rzecz budowania profesjonalizmu farmaceutów i zapewnienia, że społeczeństworozumie społeczną misję tego zawodu.

Uwagi końcowe urzędnika FIP zostały ujęte w podsumowaniu sympozjum w następujący sposób :

Zawód farmaceuty związany jest umową ze społeczeństwem, a farmaceuci aby zachować zaufanie społeczne i autonomię zawodową muszą postępować w odpowiedni sposób. Ze względu na naciski społeczne, gospodarcze i polityczne, nadal istnieć będzie ogromne napięcie między regułami korporacyjnymi a zasadami wykonywania zawodu farmaceuty. Przedstawiciele zawodu powinni otwarcie zmierzyć się tym napięciem, aktywnie analizując kontekst, w którym funkcjonują i wytyczając ścieżkę, pozwalającą zachować autonomię zawodu, niezbędną do prawidłowego funkcjonowania apteki w służbie społeczeństwu.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Przegląd Kodeksów Etyki

W odpowiedzi na prośbę BPP ExCo, Sekcja Farmacji Społecznej i Administracyjnej w 2011 r. zaangażowała dwóch swoich członków (1) do zbadania kilku kodeksów etyki farmaceutów "pod kątem braków i niezgodności" oraz (2) do identyfikacji luk w oświadczeniu FIP w sprawie kodeksów etyki dla farmaceutów. Recenzenci stwierdzili, że: " Farmaceuci coraz częściej angażują się w działania wymagające podejmowania decyzji moralnych, działania, w których może wystąpić konflikt między dwiema lub większą liczbą zasad, gdzie należy rozważać przestrzeganie różnych powinności, lub gdzie obowiązek moralny może kolidować z obowiązkiem prawnym". Zalecili, aby FIP opracowała „poglądowy zestaw podstawowych zasad”, który organizacje farmaceutyczne mogłyby wykorzystać przy tworzeniu własnych kodeksów etycznych. Ponadto zasugerowali rozszerzenie oświadczenia FIP w sprawie Kodeksów Etyki Farmaceutów, aby (1) obejmowało zagadnienia takie jak autonomia i niezależność zawodowa oraz (2) oferowało wskazówki w sprawach takich jak „przekonania religijne i moralne lub kontrowersyjne kwestie, takie jak eutanazja."

Wspieranie wysiłków innych osób

W połączeniu z Kongresem FIP 2012 w Amsterdamie, EuroPharm Forum (wspólna sieć krajowych stowarzyszeń farmaceutycznych, Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej i Regionalnego Biura Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy) przeprowadziło sesję na temat zapewnienia profesjonalizmu na rynku komercyjnym. Równolegle z kongresem FIP w 2012 roku, Królewskie Holenderskie Towarzystwo Farmaceutyczne (KNMP) zorganizowało sesję dla wybranych uczestników Kongresu, celem uzyskania opinii jego członków na temat projektu Karty Etyki i Profesjonalizmu Farmaceutów. (KNMP przeprowadziło podobną sesję na temat ostatecznej wersji Karty podczas Kongresu FIP w Dublinie w 2013 roku). Chociaż sesje EuroPharm Forum i KNMP



nie były oficjalnymi wydarzeniami FIP, świadczą one o tym, że inne organizacje uznają FIP za stowarzyszenie farmaceutów, którzy dzielą się zainteresowaniem kwestiami etyki i profesjonalizmu farmaceutów, sugerując możliwość przyszłej współpracy pomiędzy FIP a ugrupowaniami wyrażającymi podobne poglądy w kwestiach etyki, profesjonalizmu i autonomii zawodowej farmaceutów.

Badanie organizacji członkowskich FIP

Grupa Robocza przygotowała krótką ankietę w celu zidentyfikowania problemów związanych z etyką i autonomią zawodową farmaceutów w różnych krajach a także wszelkich aspektów tych kwestii, które mogłyby zostać przeoczone. Organizacje członkowskie FIP zostały poproszone o wypełnienie ankiety we wrześniu 2012 roku; przypomnienie zostało wysłane w grudniu 2012 r. Wyniki przedstawiono w Załączniku E. Otrzymano 19 odpowiedzi, głównie z krajów europejskich; choć odpowiedzi udzieliły również organizacje członkowskie z Australii, Chin, Tajwanu, Turcji i Stanów Zjednoczonych – z każdego z tych państw odpowiedziało po dwóch respondentów, co ogranicza reprezentatywność i użyteczność zgromadzonych danych..

Niemal wszyscy respondenci zadeklarowali istnienie kodeksu etyki farmaceutów w ich krajach, a ponad połowa wskazała, że kodeks zawiera „wyraźne wskazówki dotyczące autonomii zawodowej”. Najczęściej wymienianymi „barierami dla autonomii zawodowej” były „ograniczenia międzyzawodowe (np. nierównowaga względem lekarzy, hierarchia w miejscu pracy, brak poszanowania dla starszych kolegów)” oraz „presja finansowa”. W dalszej kolejności wskazywano: „polityczne ograniczenia zawodu”, „brak pewności siebie” i „brak motywacji”.

Niektóre bariery autonomii zawodowej mogą być przejawem ewolucji zawodu i niekoniecznie wymagają interwencji, podczas gdy inne (np. hierarchia w miejscu pracy, brak pewności siebie lub motywacji zawodowej farmaceuty) powinny zostać zniesione. Uzasadnione jest zbadanie tych kwestii i określenie sposobów ich rozwiązania.

Fakt, iż wiele kodeksów etyki zawiera wyraźne odniesienia do kwestii autonomii zawodowej, świadczy o rosnącej świadomości tego zagadnienia i sugeruje, że FIP powinna rozważyć uwzględnienie tego tematu w przyszłej aktualizacji swojego stanowiska dotyczącego Kodeksów Etyki dla Farmaceutów.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Przegląd piśmiennictwa

Chociaż Grupa Robocza nie miała zasobów, aby przeprowadzić kompleksowy przegląd światowego piśmiennictwa dotyczącego etyki i autonomii zawodowej farmaceutów, dr Betty Chaar, jedna z przewodniczących Grupy Roboczej, dokonała wybiórczego przeglądu literatury anglojęzycznej na ten temat (patrz Załącznik F). Przegląd ten wykazał dostępność znaczącej liczby publikacji poświęconych zagadnieniom etyki zawodowej oraz profesjonalizmu w praktyce farmaceutycznej, natomiast stosunkowo niewiele miejsca poświęcono w nich problematyce autonomii zawodowej farmaceutów. Należy jednak zauważyć, że zawody wymagające formalnych kwalifikacji cechują się z definicji wysokim stopniem autonomii i zdolnością do samoregulacji. Oczywiście jest, że wszelkie zagrożenia dla tych podstawowych cech mogą istotnie ograniczać zdolność przedstawicieli zawodu do świadczenia usług wolnych od konfliktu interesów.

Współczesne zagadnienia etyki farmaceutycznej

Grupa Robocza zidentyfikowała cztery kategorie (z przykładami) problemów etycznych występujących we wszystkich obszarach praktyki farmaceutycznej. Każda z kategorii została zilustrowana przykładami:

1. Wyzwania etyczne wynikające z uwarunkowań indywidualnych i osobistych.
 - a. Brak poczucia odpowiedzialności zawodowej
 - b. Brak kompetencji.
 - c. Wartości osobiste sprzeczne z wartościami zawodowymi, w tym konflikty, które prowadzą do odmowy świadczenia usług.
 - d. Stygmatyzacja (np. odmowa świadczenia usług ze względu na uprzedzenia [lub niedogodności] wobec osób używających narkotyków lub osób niepełnosprawnych).
 - e. Brak świadomości i znajomości zasad etyki zawodowej farmaceutów.
 - f. Zaniedbywanie stosowania zasad etycznych w praktyce zawodowej.
 - g. Konflikt wartości kulturowych, religijnych lub narodowych z zasadami etyki zawodowej.
 - h. Charakter i cechy osobowościowe (np. brak odwagi moralnej).
2. Wyzwania etyczne wynikające ze względów ekonomicznych, czy to poprzez ograniczanie kosztów, czy przez zwiększanie przychodów.
 - a. Zarządzanie zasobami – ich ograniczanie lub racjonalizacja.
 - b. Rentowność i trwałość działalności gospodarczej (chciwość kontra uzasadniony zysk).
 - c. Reklama promująca nieodpowiednią konsumpcję.
 - d. Polisy ubezpieczeniowe, które są sprzeczne z najlepszym interesem pacjentów.
 - e. Zachęty finansowe oferowane przez przemysł do sprzedaży określonych produktów.
 - f. Nadmierne obciążenie pracą.
 - g. Asortyment produktów oferowanych w aptekach (np. tytoń, leki komplementarne o nieudowodnionej skuteczności lub jakości, nieskuteczne środki odchudzające).
 - h. Leki zafałszowane.
 - i. Konflikt interesów w zakresie szkoleń ustawicznych.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



- j. Konflikt interesów przy publikacji wyników badań naukowych.
3. Wyzwania etyczne wynikające z interakcji międzyludzkich (pracodawca-pracownik lub między współpracownikami).
- a. Konflikty zawodowe.
 - b. Polityka właściciela lub pracodawcy.
 - c. Napięcia pomiędzy oczekiwaniami pracodawcy a zobowiązaniami farmaceuty wobec organizacji zawodowych.
 - d. Zgłaszanie nieprawidłowości popełnianych przez współpracowników.
 - e. Brak równowagi sił i zastraszanie/nękanie (i późniejsza niepewność zatrudnienia).
 - f. Brak wzajemnego szacunku w zespole.
 - g. Brak odpowiednich wzorców do naśladowania i inicjatywy w nauczaniu młodszego pokolenia farmaceutów.
 - h. Prawa pacjenta (np. prywatność/poufność).
4. Wyzwania etyczne wynikające z systemu lub ram praktyki zawodowej.
- a. Bariery narzucane przez instytucje i organy nadzoru.
 - b. Ograniczenia/wyzwania w adaptacji nowych technologii.
 - c. Brak aktualizacji kodeksów etyki.
 - d. Rozbieżne interpretacje kodeksów etycznych.
 - e. Postrzeganie kodeksów etyki jako niewiążących.
 - f. Ograniczenia prawne lub regulacyjne.
 - g. Zmiana paradygmatu wiedzy naukowej (np. rozwój farmakogenomiki).

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Konieczność posiadania autonomii zawodowej w realizacji misji farmaceuty

Na potrzeby niniejszego raportu Grupa Robocza zdefiniowała **autonomię zawodową** w następujący sposób:

Autonomia zawodowa to prawo i przywilej przyznany przez organ rządowy grupie zawodowej oraz każdej osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu do podejmowania niezależnych decyzji opartych na wiedzy eksperckiej w ramach prawnie określonego zakresu praktyki, w celu świadczenia usług w najlepszym interesie pacjenta.

Autonomia zawodowa pomaga farmaceutom wypełniać ich społeczną misję. Zgodnie z **Deklaracją Stulecia FIP**, misją farmaceutów jest wspieranie pacjentów w odpowiedzialnym stosowaniu leków. Grupa Robocza zidentyfikowała następujące trzy główne obszary korzyści wynikających z autonomii zawodowej farmaceutów, każdorazowo poparte konkretnymi przykładami:



1. Autonomia zawodowa farmaceutów przynosi korzyści całemu społeczeństwu, ułatwiając jego funkcjonowanie:
 - a. Świadczenie usług motywowanych najlepszym interesem pacjentów.
 - b. Uważne reagowanie na potrzeby i oczekiwania pacjentów.
 - c. Współpraca interdyscyplinarna, działanie w porozumieniu z innymi pracownikami ochrony zdrowia w celu osiągnięcia optymalnych wyników terapeutycznych.
 - d. Gotowość farmaceutów pełnego zaangażowania w działania na rzecz społeczeństwa.
 - e. Zastosowanie kompetencji zawodowych w zakresie opieki farmaceutycznej.
 - f. Zapewnienie społeczeństwu dostępu do wiarygodnych usług farmaceutycznych, za które pacjenci są gotowi płacić.
 - g. Zachowanie jakości i bezpieczeństwa produktów leczniczych.
 - h. Poprawa systemów opieki zdrowotnej.
 - i. Pełnienie roli bufora między przekazem marketingowym przemysłu farmaceutycznego a opinią publiczną.
2. Autonomia zawodowa farmaceutów wzmacnia zawód farmaceuty, umożliwiając:
 - a. Zachowanie reputacji zawodu i jego zaangażowania w działanie na rzecz dobra pacjenta.
 - b. Wzmacnianie zaufania społecznego do zawodu farmaceuty.
 - c. Zaangażowanie farmaceutów w rozwój i zmiany.
 - d. Doskonalenie zawodowe i poprawa jakości świadczeń.
 - e. Eliminacja podejrzeń o konflikt interesów przy rekomendacji konkretnych produktów.
 - f. Ochrona przywilejów zawodowych farmaceutów.
 - g. Zapewnienie, że farmaceuta jest zawsze obecny w miejscu pracy w godzinach otwarcia apteki.
3. Autonomia zawodowa farmaceutów przynosi korzyści indywidualnym praktykom, umożliwiając:
 - a. Możliwość podejmowania niezależnych decyzji zawodowych.
 - b. Utrzymanie aktualnej wiedzy, umiejętności i kompetencji poprzez kształcenie ustawiczne.
 - c. Wzmacnianie poczucia własnej wartości i pewności zawodowej.
 - d. Rozwijanie umiejętności samooceny i samodyscypliny.
 - e. Zwiększenie bezpieczeństwa zatrudnienia poprzez uznanie, że farmaceuta ponosi odpowiedzialności za własne decyzje zawodowe, niezależnie od interesów właściciela apteki czy instytucji zatrudniającej.



Dodatkowe obserwacje i ustalenia Grupy Roboczej

Poniższe dodatkowe obserwacje i ustalenia oparte są na analizie Grupy Roboczej dotyczącej kluczowych zagadnień etyki i autonomii zawodowej w farmacji oraz przeglądzie powiązanego z tematem piśmiennictwa.

Zagrożenia dla autonomii zawodowej w systemie opieki zdrowotnej

Ze względu na międzynarodowe trendy w zakresie świadczenia i finansowania usług zdrowotnych, pracownicy sochrony zdrowia reprezentujący większość (być może wszystkie zawody medyczne) coraz częściej doświadczają ograniczeń autonomii zawodowej. Zjawisko to nie dotyczy wyłącznie farmaceutów, a WG nie znajduje podstaw, by uznać, że jego występowanie ogranicza się do konkretnych regionów świata czy też krajów o określonym poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego.. Zanikanie autonomii zawodowej utrudnia pracownikom ochrony zdrowia, w tym farmaceutom, konsekwentne skupienie się na realizacji dobra pacjenta jako nadrzędnego celu praktyki zawodowej. Postępująca erozja autonomii zawodowej utrudnia pracownikom ochrony zdrowia, w tym farmaceutom, konsekwentne skupienie się na realizacji dobra pacjenta jako nadrzędnego celu praktyki zawodowej. W sytuacji, gdy decyzje dotyczące opieki nad pacjentem są poddawane wpływowi interesów komercyjnych lub orientacji na zysk – z pominięciem niezależnej oceny eksperckiej – rośnie ryzyko wyrządzenia pacjentowi szkody bądź poniesienia przez niego niepotrzebnych kosztów. Konsumenci, decydenci, dyrektorzy firm ubezpieczeniowych, administratorzy szpitali i instytucji ochrony zdrowia oraz wielu lekarzy nie rozumieją w pełni zagrożeń związanych ze spadkiem autonomii zawodowej pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Odwaga moralna

Pracownicy systemu ochrony zdrowia, w tym farmaceuci, często muszą wykazać się znaczną siłą charakteru (odwagą moralną), aby oprzeć się poleceniom pracodawców lub instytucji ubezpieczeniowych, które motywowane względami ekonomicznymi i są sprzeczne z najlepszym interesem pacjenta. Odwagę moralną poszczególnych pracowników ochrony zdrowia, w tym farmaceutów, można wzmocnić dzięki wsparciu otrzymywanemu od mentorów, współpracowników i organizacji zawodowych.

Uniwersalne wyzwania w farmacji

Farmaceuci w każdym środowisku pracy (czy to w aptekach ogólnodostępnych, aptekach szpitalnych, instytucjach akademickich, domach opieki społecznej, placówkach zdrowia publicznego, przemyśle farmaceutycznym i.in.) stoją przed wyzwaniami etycznymi, które prawdopodobnie będą się zwiększać w przyszłości. Brakuje jednolitego podejścia do przestrzegania zasad zawartych w kodeksach etyki zawodowej. W różnych krajach istnieje odmienne podejście do etyki zawodowej od jej rygorystycznego egzekwowania poprzez system prawny danego kraju, do przypadkowego stosowania presji przez innych farmaceutów. Na poziom autonomii zawodowej farmaceutów, który jest bardzo zróżnicowany na całym świecie, ma wpływ wiele czynników, w tym historia kraju, struktury społeczne, systemy gospodarcze, prawne, polityczne i kulturowe, sposób świadczenia i finansowania opieki zdrowotnej oraz system edukacji farmaceutycznej.



Transformacja zawodu farmaceuty

Kwestie etycznego zachowania i autonomii są szczególnie ważne dla praktyki zawodowej farmaceutów, ponieważ zawód przechodzi transformację z funkcji zaopatrzenia w funkcję opieki nad pacjentem. Proces ten napotyka istotne bariery, jeśli farmaceuci nie dysponują odpowiednią autonomią umożliwiającą im działanie w najlepiej pojętym interesie pacjentów. Gdyby rola farmaceutów została ograniczona wyłącznie do funkcji zaopatrzeniowej, należałoby się spodziewać, że z czasem różne siły — ekonomiczne, technologiczne, społeczne i polityczne — połączą się, aby zastąpić farmaceutę innymi, tańszymi środkami umożliwiającymi bezpieczne dostarczanie leków pacjentom. Z drugiej strony, jeśli farmaceuci przyjmą na siebie odpowiedzialność za pomoc pacjentom i współpracę z innym pracownikami ochrony zdrowia w celu optymalizacji stosowania leków (świadczenia niezbędnej i złożonej usługi, której aktualnie na ogół brakuje w wielu systemach opieki zdrowotnej), wówczas ich rola wykraczać będzie daleko poza tradycyjną funkcję zaopatrzeniową, zyskując większą wartość społeczną. Ponieważ organizacje farmaceutyczne starają się stymulować transformację zawodu, powinny pomagać swoim członkom w zrozumieniu i konfrontowaniu się z etycznymi i moralnymi wymiarami tej przemiany. W krajach, w których system kształcenia farmaceutów przygotowuje ich do promowania odpowiedzialnego stosowania leków, mają oni moralny obowiązek jak najpełniejszego wykorzystania zdobytej wiedzy. W krajach, w których obowiązujące regulacje wymagają, aby apteki ogólnodostępne były prowadzone przez farmaceutów, argumenty za utrzymaniem tych przepisów będą tym silniejsze, im farmaceuci wykażą, że ich działalność zawodowa obejmuje także działania wspierające skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Szanse dla FIP

Biorąc pod uwagę wieloletnie zaangażowanie FIP w kwestie etyki i autonomii zawodowej, federacja ma teraz możliwość wykorzystania niniejszego raportu Grupy Roboczej do podniesienia świadomości wśród farmaceutów, organizacji farmaceutycznych i innych zainteresowanych stron na całym świecie na temat znaczenia tych kwestii. Na podstawie ustaleń tego raportu, FIP ma również możliwość rozważenia, jakie dodatkowe działania może podjąć, aby zrealizować dwa cele: (1) motywowania farmaceutów do przestrzegania najwyższych standardów zawodowych oraz (2) apelowania do rządów, płatników i pracodawców, aby przyznać farmaceutom wystarczającego poziomu autonomii zawodowej, aby pomóc pacjentom i całemu społeczeństwu korzystać z ich wiedzy fachowej w zakresie odpowiedzialnej farmakoterapii.

Ślubowanie farmaceuty

Grupa Robocza uważa, że istotnym środkiem służącym umacnianiu etycznego zachowania farmaceutów jest **publiczne ślubowanie** studentów farmacji i nowych absolwentów farmacji przestrzegania wysokich standardów zawodowych. Mentorzy mogą wspierać realizację tej obietnicy w trakcie kształcenia oraz praktyk zawodowych. Ponadto, farmaceuci z większym doświadczeniem mogą być zachęceni do ponownego złożenia ślubowania podczas wydarzeń zawodowych, takich jak konferencje, w tym organizowane przez FIP.. Instytucje edukacyjne i organizacje farmaceutyczne w wielu krajach przyjęły w tym celu tekst „Ślubowania/Przysięgi Farmaceuty”.



Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Wniosek

Zawód farmaceuty przez całą swoją historię wnosił istotny wkład w poprawę zdrowia publicznego na całym świecie. Choć praktyka farmaceutyczna dysponuje ogromnym potencjałem do poszerzenia zakresu świadczonych usług, osiągnięcie tego celu wymaga przezwyciężenia wielu przeszkód, wśród których wyróżnić można m.in. wyzwania związane z przestrzeganiem zasad etyki zawodowej i zapewnieniem autonomii farmaceutów. Bez poszanowania dla najwyższych standardów etycznych i bez rzeczywistej autonomii zawodowej, farmaceuci nie będą w stanie w pełni realizować swojej misji, a pacjenci nie odniosą pełnych korzyści z ich wiedzy i kompetencji. Wyjaśniając najważniejsze aspekty tych zagadnień, niniejszy raport umacnia wieloletnie zaangażowanie FIP w promowanie etycznych standardów w farmacji i wskazuje na konieczność jednoznacznego poparcia dla autonomii zawodowej farmaceutów – we wszystkich kontekstach wykonywania zawodu. .



Załącznik A - Członkowie i proces działania Grupy Roboczej ds. etyki w zawodzie farmaceuty i autonomii zawodowej FIP

Przewodniczący:

- Betty B. Chaar (Australia)
- William A. Zellmer (Stany Zjednoczone)

Członkowie:

- Nkwenti Davidson Achu (Kamerun)
- Daisuke Kobayashi (Japonia)
- Arijana Meštrović (Chorwacja)
- Sirpa Peura (Finlandia)
- Farshad H. Shirazi (Iran)
- Luc Besançon (FIP)

Grupa robocza została powołana w kwietniu 2012 r. i spotkała się w lipcu 2012 r. w siedzibie FIP w Hadze oraz w październiku 2012 r. na kongresie FIP w Amsterdamie. Pozostałe prace były prowadzone za pośrednictwem komunikacji elektronicznej.

WG przedłożyła Radzie Wykonawczej Komitetu Wykonawczego Praktyki Farmaceutycznej (BPP ExCo) raport okresowy w październiku 2012 r. oraz projekt raportu końcowego w marcu 2013 r. Na podstawie komentarzy otrzymanych w kwietniu 2013 r. od BPP i BPP ExCo, Grupa Robocza skorygowała swój raport i przedłożyła go w maju 2013 r. Na spotkaniu z Radą Praktyki Farmaceutycznej w dniu 2 września 2013 r. przewodniczący Grupy Roboczej zostali poproszeni o rozważenie przez Grupę uwag członków Rady FIP do raportu zgłoszonego na posiedzeniu dnia 31 sierpnia 2013 r.

Ostateczna wersja raportu z dnia 25 września 2013 r. uwzględnia uwagi Rady.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Załącznik B - Zakres zadań: Grupa Robocza ds. etyki i autonomii zawodowej farmaceutów

Wprowadzenie

W ostatnich latach liderzy FIP poświęcili wiele uwagi kwestiom związanym z autonomią farmaceutów, częściowo z uwagi na obserwowane w niektórych krajach ruchy zmierzające do liberalizacji przepisów, które ograniczają własność aptek ogólnodostępnych do farmaceutów. Kiedy farmaceuci są zatrudniani, czy to przez właściciela apteki, czy przez instytucję ochrony zdrowia, rozdźwięk między zasadami praktyki zawodowej farmaceuty a interesami finansowymi właściciela apteki lub instytucji może zagrozić jakości usług farmaceutycznych świadczonych pacjentom. Oficjalny dokument FIP na ten temat służyłby poszerzeniu zrozumienia wśród farmaceutów oraz konsumentów i urzędników organów publicznych, wagi powyższych kwestii oraz jakie kroki należy rozważyć, aby zapewnić społeczeństwu optymalną korzyść z potencjału zawodu farmaceuty.

Cel

Celem tej grupy roboczej jest przygotowanie raportu na temat kluczowych zagadnień związanych z etyką, autonomią i profesjonalizmem, z którymi borykają się współcześnie praktykujący farmaceuci na całym świecie.

Raport powinien zostać sporządzony z zamiarem jego oficjalnego przyjęcia i rozpowszechnienia przez FIP.

Główne aspekty raportu powinny wyglądać następująco:

1. Omówienie ogólnego związku między autonomią zawodową farmaceuty (we wszystkich miejscach wykonywania praktyki zawodowej) a odpowiedzialnym stosowaniem leków.
2. Omówienie znaczenia autonomii farmaceuty w wypełnianiu mandatu społecznego zawodu, z podkreśleniem związku między autonomią a zaufaniem publicznym.
3. Omówienie wyzwań związanych z etyką, autonomią i profesjonalizmem stojących przed farmaceutami, w tym znaczenie tych kwestii dla opinii publicznej.
 - a. Zagadnienia istotne dla praktyki w aptekach ogólnodostępnych (np. wpływ posiadania apteki na zachowanie farmaceutów).
 - b. Zagadnienia istotne dla praktyki w aptekach szpitalnych (np. wpływ biurokracji instytucjonalnej i imperatywów finansowych na zachowanie farmaceutów).
 - c. Zagadnienia istotne dla praktyki w innych obszarach farmacji w tym w przemyśle, ośrodkach opieki długoterminowej i innych (np. firmy zarządzające świadczeniami farmaceutycznymi).



4. Wytyczne dla następujących grup interesariuszy, celem zapewnienia, że decyzje, zachowania i praca farmaceutów są motywowane przede wszystkim chęcią służenia interesom pacjentów:
 - a. Farmaceuci
 - b. Pracodawcy farmaceutów
 - c. Stowarzyszenia zawodowe farmaceutów
 - d. Organy rządowe
 - e. Organizacje opieki zdrowotnej.

Pożądane wyniki

Komitet Wykonawczy ds. Praktyki Farmaceutycznej Rady FIP (BPPEC) prosi, aby raport dotyczył w szczególności następujących tematów i zawierał odpowiednie zalecenia:

1. W jaki sposób na świecie etyka, autonomia i profesjonalizm:
 - a. Poruszane są w kodeksach etyki aptekarza oraz
 - b. Zintegrowane są z ramami prawnymi związanymi z wykonywaniem zawodu farmaceuty.
2. Czy rządy wpływają lub ignorują samoregulacje we wdrażaniu kodeksów etyki i innych środków kontroli zawodu farmaceuty.
3. Znaczenie autonomii zawodowej farmaceutów w wypełnianiu mandatu społecznego zawodu farmaceuty.
4. Czy prawny zakres praktyki zawodowej farmaceuty dopuszcza jego interwencję opartą na osądzie klinicznym jako aspekt autonomii zawodowej.
5. Czy edukacja i szkolenie farmaceutów w zakresie etyki i profesjonalizmu są wystarczające.
6. Czy istnieją konflikty lub dualizm interesów w praktyce farmaceuty.
7. Czy czynniki finansowe wpływają na zachowanie farmaceutów?

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Proces i harmonogram Grupy Roboczej

Grupa robocza powinna oprzeć swój raport na piśmiennictwie fachowym, wcześniejszych pracach w FIP (np. sympozjum przywództwa FIP w 2009 roku na temat „Zrozumienie, zachowanie i ochrona autonomii zawodowej farmaceutów”), obserwacjach na temat współczesnej praktyki farmaceutycznej oraz konsultacjach z odpowiednimi ekspertami i władzami.

Aby osiągnąć pożądane wyniki, BPPEC sugeruje zastosowanie następującego procesu:

1. Aby grupa robocza przeprowadziła wśród organizacji członkowskich FIP w poszczególnych krajach ankietę pod kątem ich poglądów na temat etyki i autonomii zawodowej farmaceutów oraz profesjonalizmu, oraz
2. Aby grupa robocza przeprowadziła kompleksowy przegląd piśmiennictwa związany z powierzonym zadaniem, a następnie
3. Połączyła wyniki ankiety i przeglądu piśmiennictwa w projekcie raportu dla FIP.

Grupa robocza jest proszona o przedłożenie projektu swojego raportu do przeglądu przez BPPEC na Kongresie Stulecia FIP w październiku 2012 r. i zarządzanie (w porozumieniu z odpowiednimi liderami i personelem FIP) całym procesem w celu zakończenia prac do marca 2013 r.



Skład

Wśród zainteresowań lub dziedzin wiedzy, które należy wziąć pod uwagę przy powołaniu do grupy roboczej, wymienić można:

- Praktykę w aptekach ogólnodostępnych
- Praktykę w aptekach szpitalnych
- Praktykę w ośrodkach opieki długoterminowej
- Praktykę w instytucjach ochrony zdrowia
- Środowisko akademickie farmaceutów
- Regulacje zawodu farmaceuty
- Etykę zawodową
- Wspieranie pacjentów

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Załącznik C - Deklaracja Standardów Zawodowych FIP: Kodeksy etyki dla farmaceutów (2004)

Zawód jest identyfikowany przez gotowość poszczególnych praktyków do przestrzegania standardów etycznych i zawodowych, które przekraczają minimalne wymagania prawne.

Farmaceuta jest pracownikiem systemu ochrony zdrowia, który jest ekspertem w dziedzinie leków.

Farmaceuci mają również obowiązek pomagania ludziom w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, unikaniu choroby tam, gdzie właściwe jest zastosowanie leków, promowanie racjonalnego stosowania leków oraz pomoc pacjentom w osiąganiu maksymalnych korzyści terapeutycznych. Rola farmaceuty stale się rozwija.

Uwzględniając te okoliczności, niniejsze oświadczenie o standardach zawodowych, odnoszące się do kodeksów etyki farmaceutów, ma na celu potwierdzenie i publiczne określenie obowiązków, które stanowią podstawę roli i odpowiedzialności zawodowej farmaceuty. Powinność ta, oparta na zasadach i wartościach moralnych, ma umożliwić krajowym stowarzyszeniom farmaceutów doradzać farmaceutom w ich relacjach z pacjentami, innymi pracownikami ochrony zdrowia i ogólnie społeczeństwem, poprzez tworzone osobne kodeksy etyczne.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Na tym tle i w tym celu FIP zaleca, aby

1. W każdym kraju odpowiednie stowarzyszenie farmaceutów opracowało Kodeks Etyki dla farmaceutów określający ich obowiązki zawodowe i podjęło kroki w celu zapewnienia przestrzegania przez farmaceutów postanowień tego Kodeksu.
2. Obowiązki farmaceutów określone w tych kodeksach powinny obejmować
 - działanie uczciwe i sprawiedliwe w alokacji wszelkich udostępnionych im zasobów zdrowotnych.
 - zapewnienie, że ich priorytetami jest bezpieczeństwo, dobro i najlepszy interes osób, którym świadczą usługi farmaceutyczne, oraz że zawsze postępują uczciwie w swoich kontaktach z pacjentami.
 - współpracę z innymi pracownikami systemu ochrony zdrowia w celu zapewnienia najlepszej możliwej jakości opieki zdrowotnej zarówno poszczególnym pacjentom, jak i całemu społeczeństwu.
 - poszanowanie prawa poszczególnych pacjentów oraz zachęcanie ich do udziału w decyzjach dotyczących ich terapii.¹
 - rozpoznawanie i poszanowanie różnic kulturowych, przekonań i wartości pacjentów, zwłaszcza że mogą one wpływać na nastawienie pacjenta do zaproponowanej terapii.
 - poszanowanie i ochrona poufności informacji uzyskanych w trakcie świadczenia usług farmaceutycznych oraz zapewnienie, że informacje dotyczące pacjenta któremu świadczone są usługi nie zostaną ujawnione innym osobom, chyba że za świadomą zgodą tego pacjenta lub w określonych wyjątkowych okolicznościach.²
 - działanie zgodne ze standardami zawodowymi i zasadami naukowymi.
 - uczciwe postępowanie w relacjach z innymi pracownikami systemu ochrony zdrowia, w tym z kolegami z branży farmaceutycznej, oraz nie

Fédération
Internationale
PharmaceutiqueInternational
Pharmaceutical
Federation

- angażowanie się w żadne zachowania lub działania, które mogą zdyskredytować zawód lub podważyć zaufanie publiczne do zawodu.
- zapewnienie, że ich wiedza i umiejętności zawodowe są aktualizowane poprzez ustawiczny rozwój zawodowy.³
 - przestrzeganie przepisów prawa oraz przyjętych kodeksów i standardów postępowania w zakresie świadczenia wszelkich usług farmaceutycznych i wydawania produktów leczniczych oraz zapewnienie integralności łańcucha dostaw leków poprzez dokonywanie zamówień wyłącznie z zatwierdzonych źródeł.^{4,5}
 - zapewnienie, że członkowie personelu pomocniczego, którym delegowane są zadania, posiadają kompetencje niezbędne do sprawnego i skutecznego wykonywania tych zadań.
 - zapewnienie, że wszystkie informacje przekazywane pacjentom, innym członkom społeczeństwa i innym pracownikom systemu ochrony zdrowia są dokładne i obiektywne oraz przekazywane w sposób zapewniający ich zrozumienie.
 - traktowanie wszystkich, którzy potrzebują skorzystać z usług farmaceutycznych, z uprzejmością i szacunkiem.
 - zapewnienie ciągłości świadczenia usług farmaceutycznych w przypadku konfliktu z własnymi przekonaniami lub w przypadku zamknięcia apteki. W przypadku sporów pracowniczych dokładanie wszelkich starań, aby zapewnić pacjentom stały dostęp do usług farmaceutycznych.

Niniejsze oświadczenie zastępuje oświadczenie przyjęte przez Radę FIP w 1997 roku.

Bibliografia:

¹ FIP Statement of Professional Standards on the Role of the Pharmacist in Encouraging Adherence to Long-Term Treatments (2003, Sydney).

² FIP Statement of Policy on Confidentiality of Information gained in the course of Pharmacy Practice (2004, New Orleans).

³ FIP Statement of Professional Standards on Continuing Professional Development (2002, Nice)



⁴ The Tokyo Declaration (1993) Standards for quality of pharmacy services (FIP Guidelines for Good Pharmacy Practice, September 1993) and revised version FIP/WHO GPP (1997, Vancouver).

⁵ FIP Statement of Policy on Counterfeit Medicines (2003, Sydney)

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Załącznik D - Podsumowanie sympozjum FIP na temat autonomii zawodowej "Zrozumienie, zachowanie i ochrona autonomii zawodowej farmaceutów"

Podsumowanie Sympozjum Liderów z udziałem członków Rady Międzynarodowej
Federacji Farmaceutycznej

Stambuł, Turcja
8 września 2009 r.

Cel sympozjum

Organizatorzy sympozjum - Komitet Wykonawczy FIP i Sekcja Farmacji Społecznej - opisali jego uzasadnienie i cel w następujący sposób:

Środowiska, w których obecnie praktykują farmaceuci, są zróżnicowane i szybko się zmieniają. Usługi wydawania produktów leczniczych zostały rozszerzone o usługi o charakterze kognitywnym. Tradycyjny model farmaceuty posiadającego własną aptekę ustąpił miejsca sieciom i międzynarodowym podmiotom. Apteki wysyłkowe i e-apteki (prowadzone przez Internet) zmieniły swoją dostępność i świadczonych przez nie usług. Celem tej konferencji liderów jest zbadanie, w jaki sposób możemy zapewnić, że te zmieniające się warunki będą w dalszym ciągu umożliwiały farmaceutom wydawanie niezależnych profesjonalnych osądów i decyzji w najlepszym interesie pacjenta. Drugim celem jest omówienie, jaki rodzaj umowy społecznej utrzymujemy z pacjentem i jakie regulacje są potrzebne, aby zapewnić najlepszą możliwą opiekę farmaceutyczną.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Otwarcie sympozjum

Sesję otworzyli Kamal Midha, Prezes FIP oraz Martine Chauvé, Prezes Sekcji Farmacji Społecznej FIP. Dr Midha zauważył, że praktyka farmaceutyczna na całym świecie zmienia się w sposób, który stawia pacjentów (a nie produkty lecznicze) w centrum zainteresowania farmaceuty. Ta zmiana stawia przed farmaceutami nowe wyzwania etyczne, a ich organizacje muszą pomagać im w radzeniu sobie z tymi problemami. M. Chauvé powiedziała, że przepisy w niektórych krajach, które ograniczają własność aptek do farmaceutów, są kwestionowane przez ustawodawcę i sądy, co zagraża zdolności farmaceutów do utrzymania kontroli nad ich praktyką zawodową.

Korporatyzacja praktyki farmaceutycznej i autonomia farmaceuty

William A. Zellmer rozpoczął swoje przemówienie od stwierdzenia, że większość farmaceutów nie ma obecnie kontroli nad środowiskiem swojej praktyki, co uniemożliwia pacjentom czerpanie pełnych korzyści z wiedzy farmaceuty i obniża rangę zawodu farmaceuty.



Kluczowym zagadnieniem w tym temacie jest pytanie, dlaczego społeczeństwo potrzebuje farmaceutów. Jeśli misją farmaceuty jest jedynie dostarczanie leków, społeczeństwo może wspierać inne bezpieczne, wydajne i tanie sposoby wykonywania tej funkcji.

Jeśli jednak misją farmaceuty jest pomaganie ludziom w jak najlepszym wykorzystaniu leków, to zawód farmaceuty odgrywa rolę o dużej wartości dla społeczeństwa, która jest prawdopodobnie bardziej satysfakcjonująca dla farmaceutów i być może w większym stopniu jest w stanie chronić autonomię zawodową w środowisku korporacyjnym.

Korporacje w naturalny sposób starają się standaryzować usługi lub produkty, redukować złożone działania do szeregu prostych funkcji, które mogą być zautomatyzowane lub wykonywane przez nisko opłacanych pracowników, a także maksymalizować produktywność i rentowność. Korporacyjny model praktyki farmaceutycznej osłabia osobistą odpowiedzialność farmaceuty, nadaje najwyższy priorytet kwestiom biznesowym, a nie indywidualnym problemom pacjentów. Zakłada, że leki mogą być traktowane jak towar, a reakcja pacjenta na lek jest ustandaryzowana. Rozmywa się także odpowiedzialność za jakość świadczonych usług.

Dydaktyk Parker Palmer napisał, że wielu ludzi pracuje dziś dla firm, instytucji i organizacji, którym podporządkowują swoje osobiste poczucie tego, co słuszne. Mówiąc słowami Palmera, osoby te prowadzą „podzielone życie”. Palmer przekonywał, że profesjonaliści muszą być nauczeni, jak nie podporządkowywać swojej wiedzy i etyki potrzebom korporacji lub instytucji, która ich zatrudnia. Zaapelował do uniwersytetów o przygotowanie „nowego profesjonalisty”, którego definiuje jako „osobę, która jest nie tylko kompetentna w swojej dyscyplinie, ale [również] posiada umiejętność i chęć radzenia sobie z instytucjonalnymi patologiami zagrażającymi najwyższym standardom własnej profesji.” Pomysły Palmera znajdują bezpośrednie zastosowanie w farmacji.

W celu zapewnienia odpowiedniego dostosowania kompetencji farmaceutów do potrzeb pacjentów przyjmujących leki należy podjąć szerokie działania w ramach następujących kategorii: (1) zreformowania struktury praktyki farmaceutycznej (w tym m.in. relacji z lekarzami, roli techników oraz płatności za usługi) oraz (2) wzmocnienie wśród farmaceutów samoświadomości zawodu farmaceuty jak również jego autonomii. Reformom strukturalnym poświęcono wiele uwagi w farmacji, podczas gdy potrzeba zreformowania samoświadomości zawodowej farmaceutów była generalnie ignorowana.

Stowarzyszenia farmaceutów i szkoły farmaceutyczne powinny koncentrować się na wzmocnianiu samoświadomości farmaceutów, pomagając studentom i praktykom zrozumieć, że mają kontrolę nad miejscem praktyki zawodowej, ucząc ich, jak pielęgnować wsparcie w ramach wspólnoty zawodowej oraz ucząc ich, jak być wiernym temu, co wiedzą, że jest słuszne w ramach pomocy pacjentom w jak najlepszym wykorzystaniu leków.



Zellmer stwierdził: „Konkretnym wyzwaniem stojącym przed apteką jest znalezienie sposobu, aby farmaceuci mogli funkcjonować w pełni, z autentycznym zaangażowaniem – aby farmaceuci otworzyli oczy, umysły i serca na ludzi, którzy potrzebują pomocy w stosowaniu swoich leków. Farmaceuci nie mogą wypełniać takiej misji, jeśli nie mają autonomii etycznej i odwagi, by ją realizować.” Zaapelował do liderów FIP o skupienie się nie tylko na reformach strukturalnych w farmacji, ale także na tym, co mogą zrobić, aby zachęcić i wesprzeć farmaceutów w głębokim zaangażowaniu w wykonywanie ich zawodu w sposób zgodny z ich wiedzą dotyczącą pomocy pacjentom w optymalizacji korzyści i zmniejszeniu ryzyka związanego ze stosowaniem leków.

Usługi farmaceutyczne zorientowane na rynek

Monika Sidler, reprezentująca Federację Szwajcarskich Organizacji Pacjentów, omówiła oczekiwania pacjentów skierowane do farmaceutów, które skupiają się na udzielaniu informacji i porad dotyczących leków wydawanych na receptę i bez recepty. Farmaceuci powinni pomagać pacjentom w zrozumieniu złożonych, fachowych informacji, zachowując odpowiednią równowagę między „pewnością” a „niepewnością” w przekładaniu wiedzy na określoną sytuację pacjenta.

Gdy farmaceuci zwracają szczególną uwagę na zapewnienie jakości zgodnie z profesjonalnymi wytycznymi, pacjenci są bardziej pewni swoich leków, są bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń terapeutycznych i mają większe poczucie wartości swoich leków. Elektroniczne rejestry, w tym e-recepty i elektroniczna komunikacja w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, przyczyniają się do postrzegania jakości opieki zdrowotnej przez pacjentów. Wśród wyzwań, które pacjenci postrzegają w związku z usługami farmaceutycznymi, są sfałszowane leki, reklama leków, samodzielne przyjmowanie leków oraz ocena relacji między korzyściami a kosztami leków.

Usługi farmaceutyczne ukierunkowane na pacjenta

Andrew Gilbert z Australii przygotował uwagi (które zostały wygłoszone przez jego kolegę Rossa McKinnona) na temat praktyki aptecznej w jego kraju, którą scharakteryzował jako „napędzaną przez rynek” i podążającą za podejściem „„skasuj i zapakuj”, (ang. „cash and wrap”) dyskontów detalicznych. Niestety, farmacja jest jedynym zawodem medycznym, który nie wymaga wykazania się kompetencjami w procesie opieki nad pacjentem jako wymogu uzyskania licencji/prawa wykonywania zawodu. Doświadczenie Australii, która posiada prawo regulujące posiadanie aptek przez farmaceutów, pokazuje, że prawo samo w sobie nie zapewnia wypełnienia odpowiedzialności społecznej przez zawód; będzie to realizowane jedynie poprzez system wartości zawodu oraz etykę i kompetencje poszczególnych farmaceutów.

Farmaceuci muszą znaleźć odwagę, by nie tolerować sytuacji, w których uniemożliwia im się wykorzystanie swojej autonomii zawodowej i gdy zwyczaje panujące w miejscu pracy zagrażają bezpieczeństwu pacjenta i etyce zawodowej. W Australii umowa społeczna z apteką jest określona przez rząd; zgodnie z nią obywatele mają prawo do konsultacji na temat przydatności leku i jego bezpiecznego stosowania z farmaceutą. Jednak farmaceuci nie są pociągani do odpowiedzialności za konsultacje i większość z nich wybiera „nieprofesjonalny, wysokowydajny, oparty na rynku dyskontowym model

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



zaopatrzenia w leki". Urzędnicy państwowi najwyraźniej opowiadają się za mieszanym modelem detaliczno-profesjonalnym dla aptek, ale obecnie dominuje model czysto detaliczny. Obecne warunki te będą dominować, chyba że farmaceuci zmienią swoje podejście od skupionego na wydawaniu produktów leczniczych na konsultacje z pacjentami jako ekonomiczny czynnik napędzający ich praktykę.

Chociaż farmaceuci w Australii są uprawnieni do opłaty w wysokości 200 USD za świadczenie przeglądu lekowego w domu pacjenta "Home Medicines Review", bardzo niewielu z nich uzyskało akredytację do świadczenia tej usługi, a mniej niż 5% pacjentów z grupy wysokiego ryzyka otrzymuje tę usługę, ponieważ farmaceuci są zajęci funkcjami zaopatrzeniowymi w modelu praktyki rynkowej.

Zasadniczym krokiem umożliwiającym odejście od obecnej sytuacji jest ustalenie przez farmaceutów celu i modelu świadczenia opieki farmaceutycznej skoncentrowanej na pacjencie. Możliwe byłoby wtedy stworzenie programu szkoleniowego opartego na kompetencjach i zbudowanie systemów mentoringu dla młodych i rozpoczynających karierę farmaceutów. Farmaceuci powinni być zobowiązani do wykazania się kompetencjami w świadczeniu opieki farmaceutycznej ukierunkowanej na pacjenta, co jest warunkiem uzyskania prawa wykonywania zawodu. Wizja FIP dotycząca opieki farmaceutycznej skoncentrowanej na pacjencie zostanie zrealizowana tylko wtedy, gdy poszczególni farmaceuci przyjmą i zaakceptują jej zasady.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Studia przypadków dotyczące poszukiwania równowagi między podejściem ukierunkowanym na rynek a podejściem ukierunkowanym na opiekę nad pacjentem w praktyce farmaceutycznej

Stany Zjednoczone. Thomas E. Menighan omówił napięcie między imperatywami biznesowymi a klinicznymi w aptece ogólnodostępnej. Farmaceuci dążą do uzyskania uprawnień do podejmowania decyzji dotyczących opieki nad pacjentem, odpowiedzialności za przestrzeganie standardów i przejęcia odpowiedzialności za wyniki farmakoterapii. Przykłady innowacyjnych usług farmaceutycznych, które przyciągnęły znaczne wsparcie i które są wynagradzane, obejmują zarządzanie terapią lekową, podawanie szczepionek i wspólne zarządzanie terapią lekową. Powszechne postrzeganie farmaceutów jako „kontrolerów kosztów” lub „egzekutorów formularzy” stoi na drodze do uznania ich za świadczeniodawców opieki nad pacjentem. W kontekście reformy zdrowia istnieje duże zainteresowanie modelem świadczenia usług opieki zdrowotnej w ramach „domu medycznego”, który może stwarzać nowe możliwości dla farmaceutów w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów ambulatoryjnych związanych ze stosowaniem leków w ramach multidyscyplinarnych zespołów opieki zdrowotnej. Istnieje pilna potrzeba, aby farmaceuci wprowadzali innowacje w swoich usługach, ustalali standardy praktyki i spędzali więcej czasu bezpośrednio z pacjentami, szkoląc ich w zakresie właściwego stosowania leków.



Unia Europejska. John Chave powiedział, że optymalna praktyka farmaceutyczna wymaga zarówno (1) zachowania farmaceuty skoncentrowanego na bezpieczeństwie pacjenta i odpowiednich wynikach zdrowotnych oraz (2) gotowość i oczekiwania pacjentów i płatników do otrzymania profesjonalnej usługi opartej na wiedzy i umiejętnościach. Farmaceuci zatrudnieni w aptekach ogólnodostępnych i członkowie Komisji Europejskiej debatują nad następującymi pytaniami: czy same standardy zawodowe farmaceutów wystarczą, aby oprzeć się naciskom komercyjnym, które mogą spowodować spadek jakości i liczby świadczonych usług farmaceutycznych, oraz czy regulacje rządowe (np. ograniczenia dotyczące własności aptek, ograniczenia lokalizacji aptek i ograniczenia sprzedaży leków bez recepty) są w interesie publicznym, czy służą one jedynie ochronie dochodów farmaceutów i ograniczeniu innowacyjności? Farmaceuci praktykujący w aptekach ogólnodostępnych uważają następujące czynniki za kwestie mogące przyczynić się do upadku farmacji: wspieranie przez Komisję Europejską paradygmatu „efektywnych rynków”, paradygmatu „wyboru konsumenckiego”, nadmierne wykorzystywanie handlu detalicznego do wspierania działalności apteki oraz wiara w „samodzielność” poinformowanych pacjentów. Ograniczenia suwerenności konsumentów przejawiają się w niedocenianym ryzyku farmaceutycznym, aktywnym oporze wobec doradztwa, samookreślonej koncepcji przestrzegania zaleceń, akceptacji zwiększonego ryzyka w zamian za niższe koszty, preferowaniu leków oryginalnych nad lekami generycznymi, żądaniach leków reklamowanych oraz preferowaniu tradycyjnie stosowanych terapii zamiast terapii opartych na dowodach. Obecne poziomy dochodów farmaceutów, które znajdują się pod presją spadkową, mają pozytywną wartość społeczną pod względem zapewnienia usług w mniej atrakcyjnych ekonomicznie obszarach, zapewnienia parytetu z porównywalnymi zawodami medycznymi i zapewnienia, że zdolni studenci są przyciągani do zawodu. Pewna regulacja zawodu jest konieczna, ale nie może ona tłumić innowacji.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Szwajcaria. Dominique Jordan dokonał przeglądu wysiłków podejmowanych w jego kraju w celu racjonalizacji systemu płatności za usługi apteczne w ramach krajowego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Szwajcarski rynek aptek obejmuje 485 niezależnych aptek ogólnodostępnych, 11 wirtualnych sieci z 812 aptekami i 9 sieci korporacyjnych z 427 aptekami, a także wiele punktów sprzedaży detalicznej, które sprzedają leki bez recepty, lekarzy wydających leki i apteki wysyłkowe. Na mocy prawa i umów z ubezpieczycielami apteki są wynagradzane odrębnie za (1) profesjonalne usługi farmaceutów (np. weryfikacja recept, historia pacjenta) oraz (2) koszty operacyjne i kapitałowe. Płatność jest powiązana z dobrze sprecyzowanym systemem punktów za pełen zakres usług farmaceutycznych (np. 4 punkty za „kontrolę leków” w procesie wydawania; 45 punktów za „kontrolę politerapii” dla pacjentów z co najmniej czterema lekami). Plany na przyszłość dotyczące usług farmaceutycznych obejmują zdefiniowanie roli kontrolnej we współpracy z lekarzami, roli w podstawowej opiece zdrowotnej oraz roli w opiece zintegrowanej z lokalnymi lekarzami i lekarzami świadczącymi swoje usługi w ramach telemedycyny.



Japonia. Nobuo Yamamoto omówił starania w Japonii zmierzające do ustanowienia standardów ustanowienia standardów dla usług aptek ogólnodostępnych w kontekście krajowej polityki polegającej na przeniesieniu wydawania leków z lekarzy na farmaceutów oraz w świetle nowego prawa mającego na celu zniesienie ograniczenia sprzedaży leków bez recepty do aptek. Japonia ma obecnie trzy kategorie leków wydawanych bez recepty, sklasyfikowane według bezpieczeństwa; tylko farmaceuci mogą wydawać produkty z Wykazu 1; produkty z Wykazów 2 lub 3 mogą być również sprzedawane przez „zarejestrowanych sprzedawców”, którzy posiadają uprawnienia na poziomie okręgu administracyjnego (farmaceuci posiadają licencje na poziomie krajowym). Podejmowane są starania, aby zachęcić farmaceutów do rozszerzenia i profesjonalizacji ich roli w doradzaniu konsumentom w zakresie leków wydawanych bez recepty. Farmaceuci są zachęceni do prowadzenia dokumentacji medycznej wszystkich swoich pacjentów, praktykowania zgodnie z zasadami opieki farmaceutycznej oraz przestrzegania standardów Dobrej Praktyki Farmaceutycznej.

Otwarta dyskusja

Następujące kwestie zostały podniesione przez członków Rady w otwartej dyskusji po oficjalnych prezentacjach:

- "Podwójna lojalność" farmaceutów (wobec pracodawcy i pacjenta) jest obecna we wszystkich sektorach praktyki farmaceutycznej, nie tylko w aptekach ogólnodostępnych. Kwestia autonomii, z którą borykają się farmaceuci, może być w równym stopniu związany z wykonywaniem zawodu farmaceuty w środowisku zbiurokratyzowanym jak i w warunkach korporacyjnych.
- Niestety zawód farmaceuty nie ma takiej siły politycznej i władzy, jak zawód lekarza; zdolność farmaceutów do zachowania autonomii swojej praktyki jest mniejsza niż w przypadku lekarzy.
- Kluczowym czynnikiem, który determinuje poziom i jakość świadczonych usług jest to, co jest w umyśle farmaceuty (jego samoświadomość jako pracownika ochrony zdrowia).
- Apteka musi stosować zarówno regulacje, jak i standardy etyczne w budowaniu kultury profesjonalizmu, która jest niezbędna dla zachowania finansowej i klinicznej autonomii farmaceutów.
- Wykonywanie zawodu farmaceuty może być zarówno dobrym biznesem, jak i autentycznym zawodem medycznym, ale wymaga to świadomych wysiłków na rzecz budowania profesjonalizmu farmaceutów i zapewnienia, że społeczeństwo rozumie wartość społeczną tego zawodu.

Podsumowanie i wnioski

Henri R. Manasse Jr. skomentował kluczowe punkty sympozjum i przedstawił sugestie dotyczące dalszych kroków w istotnej kwestii jaką jest autonomia farmaceuty. Nadszedł czas na jasne i świadome rozmowy w farmacji o (1) ograniczonej roli zawodowej większości farmaceutów, (2) konflikcie pomiędzy zadaniami korporacji (które odpowiadają przed akcjonariuszami) a misją zawodu farmaceuty (odpowiedzialnego przed społeczeństwem), (3) aptekach należących do farmaceutów, które nie stawiają potrzeb pacjentów na pierwszym miejscu. Farmacja jako zawód jest związana



przymierzem ze społeczeństwem, a farmaceuci muszą zachowywać się odpowiednio, aby zachować zaufanie społeczne i autonomię zawodową. Ze względu na dominujące siły społeczne, gospodarcze i polityczne, nadal będą istnieć ogromne napięcia między imperatywami korporacyjnymi i zawodowymi w farmacji. Zawód powinien otwarcie zmierzyć się z tym napięciem, aktywnie badając otoczenie, w którym funkcjonuje i wytyczając ścieżkę, która pozwoli zachować autonomię farmaceuty, niezbędną do tego, by apteka dobrze służyła społeczeństwu.

Manasse zaproponował następujące sugestie:

- Apteki ogólnodostępne i inne apteki obsługujące pacjentów ambulatoryjnych powinny zostać przeprojektowane, aby umożliwić rozmowy między farmaceutą a pacjentem w komfortowym środowisku oraz komunikować obraz placówki systemu ochrony zdrowia, a nie placówki detalicznej.
- Szkoły farmacji powinny kłaść nacisk na społeczne znaczenie zawodu i intensywniej pracować nad rozwojem samoświadomości zawodowej swoich absolwentów.
- Stowarzyszenia farmaceutów powinny sprzyjać głębokim dyskusjom na temat związku między zachowaniem farmaceuty a wizerunkiem zawodu; powinny przyjąć progresywną wizję przyszłości zawodu farmaceuty i działać asertywnie, aby pomóc swoim członkom osiągnąć tę wizję.
- Farmaceuci powinni korzystać z dokumentacji pacjenta, aby skupić się na ogólnej jakości opieki i wynikach leczenia; zawarte w niej zapisy powinny być czymś więcej niż tylko listą stosowanych leków.
- Farmaceuta (nie asystent lub technik farmaceutyczny) musi zawsze komunikować się twarzą w twarz z pacjentem lub opiekunem pacjenta.
- Farmaceuci powinni informować pacjentów i lekarzy o wynikach terapii, aby pomóc pacjentom osiągać najlepsze efekty terapeutyczne stosowanych leków.
- Należy opracować nowe modele odpowiedzialności farmaceutów za efekty stosowania leków.
- Farmaceuci powinni starać się współpracować z lekarzami i pielęgniarzami jako interdyscyplinarny zespół świadczący usługi pacjentom; należy dążyć do konstruktywnego zaangażowania organizacji pacjentów.
- Istniejące dokumenty prawne dotyczące farmacji powinny zostać poddane przeglądowi i wzmocnione w celu wspierania odpowiedniego poziomu autonomii i odpowiedzialności farmaceutów.
- Należy opracować nowe modele wynagradzania farmaceutów za świadczone usługi kliniczne.
- Skuteczne wysiłki farmaceutów zmierzające do przekształcenia praktyki farmaceutycznej z funkcji zaopatrzenia w funkcję kliniczną powinny być nagradzane i nagłaśniane wśród społeczności zawodowej.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Manasse pochwalił Sekcję Farmacji Społecznej FIP za współpracę przy tworzeniu tego stymulującego sympozjum i podziękował prelegentom za ich inspirujące uwagi.

Niniejsze podsumowanie Sympozjum Liderów zostało przygotowane przez Williama A. Zellmera pod kierunkiem i kierownictwem Henriego R. Manasse'a, Jr.

Kierownictwo Sympozjum

Martine Chauvé
Prezes
Sekcja Aptek Społecznych
Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna

John Chave
Sekretarz
Generalny
Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej
Bruksela, Belgia

Andrew Gilbert, Ph.D.
Profesor i Dyrektor Centrum Badań nad Jakością Stosowania Leków i Farmacji
Szkoła Farmacji i Nauk Medycznych
Uniwersytetu Południowej Australii
Adelajda, Australia Południowa, Australia

Dominique Jordan
Prezes
PharmaSuisse
Berno, Szwajcaria

Henri R. Manasse, Jr, Ph.D., Sc.D.
Wiceprezes Wykonawczy i Dyrektor Generalny
Amerykańskie Stowarzyszenie Farmaceutów Systemu Opieki
Zdrowotnej
Bethesda, Maryland, USA
Sekretarz zawodowy, FIP

Ross McKinnon, Ph.D. Profesor
Szkoła Farmacji i Nauk Medycznych
Uniwersytetu Południowej Australii
Adelajda, Australia Południowa, Australia

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Thomas E. Menighan, B.Pharm., M.B.A.
Wiceprezes Wykonawczy i Dyrektor Generalny
Amerykańskie Towarzystwo Farmaceutów
Waszyngton, Dystrykt Kolumbii, USA

Kamal Midha, C.M., Ph.D., D.Sc.
Przewodniczący
Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna

Monika Sidler
Delegatka
Federacja Szwajcarskich Organizacji Pacjentów
Zurych, Szwajcaria

Nobuo Yamamoto
Wiceprezes
Japońskie Towarzystwo Farmaceutyczne
Tokio, Japonia

William A. Zellmer, B.S. (farmacja), M.P.H.
Pisarz-Rezydent
Amerykańskie Stowarzyszenie Farmaceutów
Systemu Opieki Zdrowotnej
Bethesda, Maryland, USA

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Załącznik E - Wyniki ankiety dotyczącej badania etyki/autonomii przeprowadzonej wśród organizacji członkowskich FIP (wrzesień-grudzień 2012 r.)

Oświadczenie	Zdecydowa nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydow anie zgadzam się
Farmaceuci w moim kraju całkowicie rozumieją swoje obowiązki etyczne.	0	6	12	1
W moim kraju poświęca się dużo czasu na promowanie etycznych zachowań farmaceutów.	1	6	8	3
W moim kraju farmaceuci otrzymują dobrą edukację w zakresie etyki zawodowej.	1	5	12	1
Kodeks etyki farmaceutów w moim kraju zawiera wyraźne wytyczne dotyczące autonomii zawodowej.*	1	2	12	3
Kodeks etyki farmaceutów w moim kraju jest aktualny i odzwierciedla współczesne potrzeby farmaceutów.	1	6	10	1
Kodeks etyki mojego kraju jest prawnie wiążący (tj. farmaceuta może zostać pociągnięty do odpowiedzialności i ukarany dyscyplinarnie za złamanie któregośkolwiek z jego punktów).	1	3	12	2
Konsumenci w moim kraju oczekują, że farmaceuta będzie udzielał niezależnych porad bez stronniczości (konfliktu interesów).	0	2	10	5
Istotny jest wymóg złożenia przysięgi farmaceuty po ukończeniu studiów.**	0	1	12	6
<i>Jakie kwestie chciałbyś dodać do swojego kodeksu etycznego?</i>				
Musi być aktualny i obowiązkowy.				
Dodałbym obowiązek uczestniczenia w programach edukacyjnych na temat kodeksu etyki prowadzonych przez organizacje zawodowe w celu uzyskania informacji o aktualnych problemach etycznych.				
Wytyczne dobrej praktyki farmaceutycznej muszą obejmować kwestie bezpieczeństwa leków.				
Najważniejszymi kwestiami pozostają te, które odzwierciedlają fakt, że interes pacjenta jest zawsze na pierwszym miejscu i jest ważniejszy niż jakikolwiek inny czynnik, który mógłby mieć wpływ na wybory zawodowe i zachowanie farmaceutów.				
<i>Prosimy o wskazanie stopnia, w jakim zgadza się Pan/Pani z poniższymi stwierdzeniami: Następujące czynniki stanowią istotne bariery dla autonomii zawodowej farmaceutów w moim kraju:</i>				



Bariera	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
Polityczne ograniczenia zawodu	0	3	11	4
Ograniczenia interprofesjonalne (np. brak równowagi sił z lekarzami, hierarchia w miejscu pracy, wrażliwość kulturowa na starszych kolegów)	0	2	9	8
Presja finansowa	0	2	5	12
Bezpieczeństwo pracy farmaceutów	2	6	8	3
Brak pewności siebie farmaceuty	0	5	10	4
Brak znajomości zasad etycznych wśród farmaceutów (tj. znajomości i zrozumienia zasad etycznych w farmacji)	1	10	3	5
Brak wiedzy konsumentów w zakresie zdrowia (tj. nieznaną rolę działania i skutków ubocznych leków; nieporozumienia wynikające z reklamy leków itp.)	1	5	10	3
Ograniczenia prawne	2	9	6	2
Postrzegany lub rzeczywisty brak kompetencji wśród farmaceutów, (tj. poczucie braku wystarczającej, aktualnej wiedzy i umiejętności)	3	5	8	3
Brak motywacji farmaceutów	1	4	10	4
<i>Inne przeszkody lub wyzwania dla autonomii zawodowej w praktyce farmaceutycznej w Twoim kraju.</i>				
Nieuregulowany (skrajna liberalizacja) sektor farmaceutyczny.				
Własność aptek przez firmy ubezpieczeniowe lub płatników usług doprowadziła do uzyskania nieuczciwej przewagi. Sektor bankowy również nie udzielił pomocy finansowej osobom, które chcą otworzyć własne apteki. Doprowadziło to do fałszywych deklaracji farmaceutów, gdy apteka jest finansowana przez osoby niebędące farmaceutami. Farmaceuci mogą wówczas wykazywać nieetyczne zachowanie, aby zadowolić swoich "panów". (zachowano brzmienie tekstu z oryginalnego dokumentu)				

*18 z 19 respondentów stwierdziło, że ich kraj posiada kodeks etyki dla farmaceutów.

**11 z 19 respondentów stwierdziło, że nowi absolwenci farmacji w ich kraju składają przysięgę, która zobowiązuje ich do wykonywania zawodu z zachowaniem wysokich standardów etycznych.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Załącznik F - Przegląd piśmiennictwa na temat etyki i autonomii zawodowej farmaceutów

Przygotowane przez Betty Chaar, BPharm, MHL, PhD, Wydział Farmacji, Uniwersytet w Sydney, Sydney, Nowa Południowa Walia, Australia,
oraz

William A. Zellmer, BS Pharm, MPH, Pharmacy Foresight Consulting, Bethesda, Maryland, USA.

Przegląd

Poniżej znajduje się przegląd wybranego piśmiennictwa anglojęzycznego dotyczącej przedsięwzięć Grupy Roboczej ds. Etyki Farmaceutycznej i Autonomii Zawodowej Farmaceutów Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP) przeprowadzonej w lutym 2013 r. Biorąc pod uwagę mnogość języków, w których opisuje się etykę w farmacji, przegląd całości dostępnego piśmiennictwa międzynarodowego nie był możliwy; uważamy jednak, że zakres dostępnego piśmiennictwa w języku angielskim w wystarczającym stopniu odzwierciedla poglądy większości farmaceutów na całym świecie, szczególnie w odniesieniu do autonomii zawodowej.

Kontekst

Zmieniające się otoczenie, w którym funkcjonuje obecnie praktyka farmaceutyczna na całym świecie, stanowi wyzwanie pod wieloma względami, zmuszając farmaceutów do zastanowienia się nad swoją etyką zawodową, w szczególności w odniesieniu do autonomii zawodowej. W praktyce farmaceutycznej nastąpiło przekształcenie opieki zdrowotnej i globalna zmiana w kierunku korporatyzacji, w ramach której sieci apteczne stopniowo zastępowały tradycyjny model niezależnej własności. W tym środowisku farmaceuci zdają się doświadczać zmniejszonej autonomii, ponieważ podporządkowują swoją wiedzę i etykę potrzebom korporacji, która ich zatrudnia. Postrzeganie farmaceutów jako "sprzedawców" i "sklepiarzy" oraz brak uznania statusu zawodowego farmaceutów spowodowały również, że młodzi farmaceuci na całym świecie odczuwają utratę tożsamości zawodowej i rozczarowanie zawodem.

W obliczu tych wyzwań farmaceuci muszą ponownie ocenić, w jaki sposób ich rola w zespole opieki zdrowotnej może wypełniać ich mandat społeczny i przynosić korzyści w najlepszym interesie pacjenta. Niniejszy przegląd ma na celu przedstawienie krótkiego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego aspektów etyki zawodowej w farmacji, ze szczególnym uwzględnieniem autonomii zawodowej, konfliktów interesów w opiece zdrowotnej oraz współczesnych wyzwań stojących przed zawodem farmaceuty.

Etyka w życiu zawodowym - historia rozwoju

Historia etyki w opiece zdrowotnej, jaką znamy dzisiaj, sięga swoimi korzeniami czasów Hipokratesa.(1) Paradygmatem tego etycznego fundamentu opieki zdrowotnej jest Przysięga Hipokratesa, która według niektórych badaczy wyłoniła się nie z ogólnego środowiska greckich filozofów medycyny, lecz z czasów wcześniejszych, tj. filozoficzno-religijnego kultu pitagorejczyków.(1-3) Przysięga służyła wielu celom, w tym połączeniu pracowników ochrony zdrowia w spójną i skuteczną siłę społeczną, z wyraźnie wyartykułowanym naciskiem na zasady opieki nad pacjentem, prywatności i „nie szkodenia”. Jeśli chodzi o etykę lekarską, Przysięga miała największy wpływ i przez tysiąclecia pozostała kluczowym elementem etyki zdrowotnej do dnia dzisiejszego.(4)

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Fédération
Internationale
PharmaceutiqueInternational
Pharmaceutical
Federation

Głębokie kwestie i perspektywy dotyczące opieki zdrowotnej wysunęły się na pierwszy plan we współczesnej historii i w XXI wieku. W szczególności po II wojnie światowej pojawienie się praw człowieka stało się głównym motorem działań społecznych i politycznych w opiece zdrowotnej. Ruchy takie jak konsumpcjonizm, feminizm i ruchy na rzecz praw człowieka również wywarły ogromny wpływ na etykę w opiece zdrowotnej.(5) Oprócz tych wpływów, pracownicy ochrony zdrowia pracują obecnie w środowisku intensywnego postępu technicznego, farmaceutycznego i medycznego, co rodzi wiele wyzwań etycznych w praktyce zawodowej, co zostało odzwierciedlone w głównej części niniejszego raportu Grupy Roboczej FIP.

Etyka w szczególnym kontekście zachowań zawodowych pojawiła się zatem w ciągu ostatnich kilku dekad jako coraz ważniejszy aspekt praktyki i badań nad zawodami opieki zdrowotnej na całym świecie. Jak dotąd jednak badania z zakresu etyki w farmacji, zarówno empiryczne, jak i teoretyczne, są stosunkowo nieliczne.(6-8) W porównaniu do farmacji istnieje znacznie więcej piśmiennictwa na temat filozofii zawodów medycznych, takich jak medycyna i pielęgniarstwo.(7, 9) Zawody te dzielą wiele wspólnych wartości z farmacją w kwestii opieki nad pacjentem czy stosowania zasad bioetyki.

Niemniej jednak każdy zawód wyróżnia się specyficznymi rolami i obowiązkami, co dla każdego z zawodów opieki zdrowotnej wymaga pewnego doprecyzowania zasad etycznych, które obowiązują praktyków. Nie wszystkie zasady etyki zawodowej mające zastosowanie do lekarzy mają zastosowanie do innych świadczeniodawców. W związku z tym musi istnieć określony zakres zagadnień etycznych właściwy dla farmacji.(10)

Etyka w odniesieniu do praktyki farmaceutycznej, z nielicznymi wyjątkami, była artykułowana głównie w kodeksach lub oświadczeniach organizacji zawodowych, opiniach w artykułach redakcyjnych, podręcznikach lub debatach. Tylko nieliczni autorzy zaangażowali się w filozoficzną analizę podstawowych wartości w zawodzie.(7, 11-14, 96)

Próbę zbadania filozoficznych podstaw etyki w farmacji (głównie w środowisku aptek ogólnodostępnych) podjęto w USA w ciągu ostatnich kilku dekad, szczególnie w pracach Roberta Veatcha, znanego etyka w opiece zdrowotnej, Roberta Buerki, Louisa Vottero, Amy Haddad, Charlesa Heplera (współtwórcy koncepcji opieki farmaceutycznej), Josepha Finka i innych.(15-21 (15-21).

Ponad dwadzieścia lat temu na konferencji zwołanej w USA (1985) pt. „Wyzwanie etyki w praktyce farmaceutycznej” zbadano znaczenie kodeksów i rolę społeczeństwa w etyce farmaceutycznej. Zasady takie jak dobroczynność („czynienie dobra”), poszanowanie autonomii pacjenta, prawdomówność, dotrzymywanie obietnic, nieszkodzenie („nie krzywdzenie”) oraz sprawiedliwość (zarówno społeczna, jak i dystrybucyjna) zostały uznane za istotne dla praktyki farmaceutycznej. Ponadto zaobserwowano, że wraz z pojawieniem się współczesnej opieki zdrowotnej skoncentrowanej na pacjencie, nastąpiła zmiana orientacji etycznej w praktyce farmaceutycznej, która sprawiła, że tradycyjny paternalizm przestał być akceptowalny.(16)

Konferencja ta była znaczącym forum dyskusji na temat etyki we współczesnej praktyce farmaceutycznej, na którym wielu etyków przedstawiło swoje interpretacje i perspektywy, zarówno filozoficzne, jak i praktyczne. Robert Veatch przeanalizował



pochodzenie niektórych stosunkowo nowych pojęć i zasad w kategoriach podstawowych teorii utilitaryzmu i deontologii oraz znaczenie tych zasad dla farmacji.(15) Veatch podkreślił, oprócz autonomii i sprawiedliwości, znaczenie w farmacji prawdziwości i dotrzymywania obietnic, wywodzących się z zasady szacunku dla jednostki.

Veatch (22) wydał pod koniec lat 80. serię opartą na przypadkach, w której przeanalizowano 32 przykłady dylematów etycznych w farmacji szpitalnej.(23, 24) Kwestie poruszone w tej wyjątkowej serii odzwierciedlały szeroki zakres wyzwań etycznych w praktyce farmacji szpitalnej. Przykładowe poruszane kwestie to: prawo pacjenta do zachowania poufności, kwestionowanie motywów przepisywania leków, odmowa wydania leku przez farmaceutę (z wielu różnych powodów), konflikt interesów, pobieranie opłat za leki, prośba o nieprawidłowe oznaczenie recepty, prawo pacjenta do odmowy przyjęcia leku, braki leków oraz nieetyczne badania.

Podobnie Australijskie Towarzystwo Farmaceutyczne wydało niedawno serię artykułów dotyczących przypadków, w których młodzi farmaceuci zostali poproszeni o przesyłanie anonimowych listów opisujących wyzwania etyczne w praktyce farmaceutycznej, które następnie zostały przeanalizowane przez Chaara.(25-30) Artykuły te dotyczyły wyzwań etycznych młodych farmaceutów. takie jak postrzeganie braku autonomii, niepewność i brak zaufania, rola nauczyciela/właściciela w modelowaniu profesjonalizmu i inne aspekty praktyki. Ramy wykorzystane do analizy tych przypadków stanowił Kodeks Etyki Farmaceutów.(31) Towarzystwo, w odpowiedzi na mnóstwo nadesłanych spraw i informacji zwrotnych na temat trwającej serii, powołało Komitet Doradczy ds. Etyki, ogłoszony w październiku 2012 na dorocznym walnym zgromadzeniu.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Przeprowadzono również badania empiryczne nad rozumowaniem wykorzystującym argumentację etyczną wśród farmaceutów w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Australii. (6, 32-35) Wyniki niektórych z tych badań wskazują na większą skłonność do wyzwań etycznych w środowisku farmaceutów z aptek ogólnodostępnych. Wyniki badań zwróciły uwagę na znaczenie doświadczenia studentów i potrzebę rozpoczęcia nauczania etyki farmaceutycznej na wczesnym etapie programu studiów oraz w ramach kształcenia ustawicznego.

Powyższe analizy i spostrzeżenia wzbogaciły zakres rozważań nad etyką w farmacji i odpowiednio przygotowały grunt pod dalszą dyskusję na temat niektórych wyzwań etycznych (niektórych jeszcze nie rozwiązanych), z którymi farmaceuci stykają się na co dzień.⁽¹⁰⁾ Jeszcze do niedawna nie wyrażano obaw związanych z przekształceniem/transformacją opieki zdrowotnej i coraz większym niepokojem o dualizm lub konflikty interesów w farmacji. Nadchodzi nowa era konfliktu ról i wyzwań etycznych.

Farmaceuta jako zawód

Profesjonalizm w farmacji od dawna jest kwestią sporną, wywołującą trwającą wśród przedstawicieli zawodów medycznych debatę na temat statusu farmacji. Sam zawód w „Teorii Atrybutów” Greenwooda zdefiniowany został takimi atrybutami jak: sformalizowany proces edukacji, unikalny zasób wiedzy, wartości zorientowane na społeczność, kodeks etyczny, formalne uznanie i ostatecznie pełna autonomia zawodu. Nie podlega wątpliwości, że farmacja spełnia wszystkie powyższe atrybuty, jednak z czasem pojawiło się również coraz więcej wyzwań. Farmacja spełnia wszystkie te kryteria, nie ma co do tego wątpliwości, ale z czasem pojawiły się wyzwania. Pojawiły się wątpliwości co do pewnych założeń dotyczących profesjonalizmu w farmacji, takie jak orientacja na społeczność w stosunku do rentowności biznesowej i aspektów autonomii w ewoluujących modelach biznesowych.⁽³⁶⁾

W konsekwencji, od czasu historycznego przejścia od wytwórcy leków do dostawcy masowo produkowanych produktów leczniczych, praktyka w aptece ogólnodostępnej, już w latach 60. XX wieku charakteryzowana była jako „niekompletna i marginalna”, składająca się z elementów uznawanych zarówno za fachowe, jak i nefachowe. Istniał (i nadal istnieje) konflikt interesów między sprzedażą towarów a służeniem najlepszym interesom pacjentów.^(36, 37)

Uznanie rosnącego konfliktu ról, zwłaszcza w środowisku aptecznym, skłoniło farmaceutów w ciągu ostatnich kilku dekad do zrewidowania swojej roli w opiece zdrowotnej. Innym czynnikiem, który skłonił farmaceutów do powyższej zmiany, było udokumentowane niewłaściwe stosowanie leków (które mogłoby zostać złagodzone przez farmaceutów), które stanowi ogromne obciążenie dla wydatków na opiekę zdrowotną i bezpieczeństwo pacjentów.

Do 1986 roku farmacja została opisana jako "zawód w okresie przejściowym", w którym znaczące zmiany, częściowo w odpowiedzi na postrzeganą utratę funkcji, władzy społecznej i statusu, stworzyły ruch w kierunku zorientowanej na pacjenta roli



farmaceutów w ogóle i pojawienie się nowej roli "farmaceuty klinicznego".(38, 39)

Jednym z godnych uwagi przejawów tej zmiany są ciągłe przeglądy kodeksów etyki zawodowej na świecie. Kodeksy etyki zawodowej przez wieki służyły jako publicznie ogłoszone wzorce standardów postępowania zawodowego, wykraczające poza minimalne oczekiwania prawne i społeczne. Kodeksy te służyły również wywieraniu pozytywnego, spajającego oddziaływania na poszczególnych członków zawodu, a jako wyniki działania towarzystw zawodowych odzwierciedlały konsensus szerokiego zakresu opinii praktyków na temat współczesnych norm zawodu.(17)

Aby ułatwić zmiany, liderzy starający się przededefiniować swój zawód próbują wyrazić i wzmocnić orientację społeczną swojej grupy, starając się skonstruować lub zrekonstruować swoje kodeksy etyczne. (40) Tak więc, gdy zawód farmaceuty stał się bardziej skoncentrowany na pacjencie, kodeksy etyczne w farmacji w wielu krajach odzwierciedlały zmianę z tradycyjnych wartości na opiekę skoncentrowaną na pacjencie.

Zawód farmaceuty zaczął udowadniać swoją wartość poprzez przykłady świadczenia dobrej jakości usług opieki zdrowotnej opracowanych i wdrożonych w aptekach na całym świecie. Kilka przeglądów piśmiennictwa przeprowadzonych przez Chisholm-Burns i in. (2010) (41, 42) oraz Patwardhan i in. (2012) (43) zwróciło uwagę na wiele sposobów, którymi farmaceuci mogą wnieść zauważalny wkład w opiekę nad pacjentami z chorobami przewlekłymi. Przykłady obejmują poprawę przestrzegania zaleceń lekarskich oraz zapobieganie potencjalnie szkodliwym zagrożeniom i błędom w przepisywaniu leków, co znacznie poprawia wyniki leczenia i bezpieczeństwo pacjentów, a także zwiększa opłacalność i jakość stosowania leków.

Bez wątpienia farmaceuci mogą być uważani za cennych współpracowników w zapewnianiu dobrej jakości opieki zdrowotnej. Istnieje mnóstwo piśmiennictwa przedstawiającego usługi wprowadzone do praktyki farmaceutycznej na całym świecie i nie ma wątpliwości, że zawód ten znacznie się rozwinął w ciągu ostatnich kilku dekad.(44) Nie była to jednak płynna transformacja. Pojawiły się problemy (w tym zastrzeżenia ze strony zawodów medycznych), które zostały w pewnym stopniu rozwiązane za pomocą dowodów i strategii zarządzania zmianą.(39,40) Inne obawy pojawiły się w odpowiedzi na przejęcie tradycyjnego modelu własności aptek ogólnodostępnych przez globalne organy korporacyjne.

W rezultacie, podczas gdy współczesne kodeksy etyki w farmacji podkreślają, że godność i dobro pacjentów muszą być najważniejsze, uznano również, że to zobowiązanie do godności i dobra pacjentów może być zagrożone, gdy farmaceuci pozwalają, aby cele biznesowe wpływały i kontrolowały ich postępowanie.(45)

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



Brak uznania "zawodowego" statusu farmaceutów

Agomo (2012) przedstawił wyzwania uniemożliwiające uznanie farmaceutów przez niektórych za "prawdziwy" zawód oraz niezdolność farmaceutów do wykorzystania ich profesjonalnej wiedzy i umiejętności.(46) Stwierdza on, że argument, że farmaceuta nie jest "prawdziwym" zawodem, wynika z wielu powodów, takich :

1. Farmaceuta nie ma kontroli nad społecznym przedmiotem swojej praktyki: medycyną.
2. Farmaceuta wydaje się kierować interesami komercyjnymi.
3. Farmaceuta nie był w stanie właściwie zdefiniować swoich funkcji i ról zawodowych.

Wydaje się, że społeczeństwo, pacjenci, inni pracownicy ochrony zdrowia, a także decydenci i ustawodawcy nie uznają „zawodowego” statusu farmaceutów oraz zakresu ich umiejętności i wiedzy zawodowej. W ogólnosięciowym trendzie większość farmaceutów została zmuszona do świadczenia pracy lub wykonywania umów zleconych, minimalizując ich wpływ na zawodowy rozwój farmacji. Farmaceuti zatrudnieni w aptekach ogólnodostępnych w USA i Wielkiej Brytanii są określani przez innych pracowników ochrony zdrowia jako „sklepiarzy” i „dostawcy”. (46) W Indiach potencjalny wkład farmaceutów zatrudnionych w aptekach ogólnodostępnych w świadczenie usług farmaceutycznych dopiero niedawno został dostrzeżony, jednak nie jest to zawód szanowany.(47) Decydenci i ustawodawcy na całym świecie, wydają się nie doceniać wiedzy fachowej i umiejętności farmaceuty, pomimo że są oni regularnie oceniani przez opinię publiczną jako jedni z najbardziej zaufanych pracowników ochrony zdrowia w światowych sondażach.(48)

Wyzwania związane ze statusem zawodowym spowodowały również rozczarowanie młodych farmaceutów i utratę tożsamości zawodowej. Studentom farmacji mówi się, że kiedy rozpoczną praktykę, lekarze będą zabiegać o ich doświadczenie w określaniu terapii lekowych, że pacjenci zaczną oczekiwać usług zarządzania lekami i że pewnego dnia farmaceuci otrzymają uprawnienia do przepisywania leków. W rzeczywistości jednak oczekiwania studentów farmacji co do tego, czego doświadczą w praktyce, często nie są spełniane, co prowadzi do rozczarowania i zniechęcenia.(48)

Wyzwania dla profesjonalizmu i autonomii zawodowej farmaceutów

Profesjonalizm jest sposobem na życie dla najbardziej efektywnych i odnoszących sukcesy pracowników ochrony zdrowia i jest to przesłanie, które muszą przyjąć studenci farmacji, rezydenci i nowi lekarze.(49) Istnieje szeroki zakres piśmiennictwa na temat profesjonalizmu, zdefiniowanego w słowniku Oxford jako : „kompetencje lub umiejętności oczekiwane od profesjonalisty”; ale ważne jest, aby w kontekście poniższego przeglądu odnieść je do zawodu farmaceuty. Profesjonalizm obejmuje wiele zachowań, które są powszechnie wyrażane w wytycznych i kodeksach etycznych, kładących nacisk na uczciwość, troskę i priorytetowe traktowanie bezpieczeństwa pacjenta oraz zasad etyki w opiece zdrowotnej.

Złatic, w swojej dogłębnej analizie profesjonalizmu w farmacji, porusza wiele intrygujących kwestii.(93) Zauważa, że "profesjonalizm, niegdyś uważany za coś oczywistego w edukacji zawodowej, musi być teraz 'nauczany' i oceniany, co sygnalizuje ogromną zmianę", sugerując, że należy to potraktować jako bodziec do zbadania, czym

Fédération
Internationale
PharmaceutiqueInternational
Pharmaceutical
Federation

jest profesjonalizm w farmacji. Po opisanu ewolucyjnej historii profesjonalizmu, rozwijającej się od tradycyjnych definicji, po wpływ mediów społecznościowych i technologii (w tym YouTube i Facebook), autor rozpoczyna badanie "ludzkiej natury profesjonalizmu". Zachęca do przyjęcia sił transformacyjnych i podkreśla potrzebę mądrego przywództwa w celu stworzenia wspierających struktur, instytucji i środowisk niezbędnych dla praktyków do utrzymania powierzonych zobowiązań (tj. opartych na wierze i zaufaniu), które leżą u podstaw umowy społecznej między farmaceutami a społeczeństwem. Pod koniec swojego rozdziału, opierając się na opiniach i tekstach kilku autorów, Złatic dochodzi do wniosku, że profesjonalizm dotyczy relacji międzyludzkich. Stwierdza on:

Dzięki mądrości i wnikliwości wykonywanie zawodu może nadal odróżniać się od świadczenia pracy, opierając praktykę na stosunkach powierniczych. To właśnie ten typ relacji pozwala na istnienie zawodów. A ponieważ zawód farmaceuty wciąż ewoluje, to właśnie relacje międzyludzkie powinny kierować praktyką farmaceuty klinicznego w klinice, sali wykładowej i laboratorium. (93)

Z innej perspektywy, w ramach zawodu, jak zauważono podczas Sympozjum Liderów FIP (2009) (zob. Załącznik D), rozumie się, że „misją farmaceuty jest nie tylko dostarczanie leków, ale także pomaganie ludziom w jak najlepszym wykorzystaniu leków, co jest rolą zawodu o dużej wartości dla społeczeństwa i bardziej satysfakcjonującą dla farmaceutów”.(50)

Tak więc, z bardziej praktycznej perspektywy, farmaceuci jako najbardziej dostępni ze wszystkich pracowników ochrony zdrowia coraz częściej redefiniują swoją rolę w zespole opieki zdrowotnej, aby poprzez świadczenie usług takich jak przeglądy lekowe i doradztwo w zakresie przewlekłej opieki nad pacjentem, lepiej służyć swoim społecznościom. (38, 43) Rozszerzenie ich roli, zgodnie z misją farmaceuty, polegającą na pomaganiu ludziom w jak najlepszym wykorzystaniu leków, ma kluczowe znaczenie dla uznania statusu zawodowego farmaceuty, poprawy satysfakcji z wykonywanej pracy i ochrony autonomii zawodowej środowisku pracy.(51) Wymaga to wysokiego poziomu profesjonalizmu, odpowiedzialności (zdefiniowanej jako: odpowiedzialność przed kimś lub za jakieś działanie) i autonomii w praktyce.(52)



Głównym wyzwaniem dla tej koncepcji jest jednak to, że tradycyjny model farmaceuty posiadającego własną aptekę ogólnodostępną ustąpił miejsca sieciom i międzynarodowym operatorom.(53) Większość farmaceutów na całym świecie jest obecnie zatrudnionych w taki czy inny sposób - albo przez organy korporacyjne, albo przez innych indywidualnych farmaceutów; i ogólnie rzecz biorąc, jest więcej farmaceutów niż stanowisk. Co powoduje występowanie podwójnej lojalności pomiędzy ich obowiązkami zawodowymi a pragnieniem zapewnienia bezpieczeństwa zatrudnienia. (54)

Według Agomo (2012) rozwój zawodowy, specjalne umiejętności czy prawo wykonywania zawodu nie gwarantują w prosty sposób utrzymania statusu zawodowego w tym środowisku.(46) Musi istnieć szerszy zakres rozwiązań oprócz doradztwa i innych usług. Niektóre z zaproponowanych sugestii to:

- Kształcenie ustawiczne, wolontariat i działalność zawodowa, które są również ważne dla rozwoju profesjonalizmu w praktyce farmaceutycznej.
- Studenci muszą uczyć się i przyjmować wartości, postawy i zachowania fachowe poprzez uczenie się przez praktykę (doświadczenie zawodowe).
- W USA i Kanadzie wiele szkół organizuje "ceremonie białych fartuchów" w momencie, gdy studenci rozpoczynają studia zawodowe. W niektórych krajach absolwenci lub farmaceuci otrzymujący prawo wykonywania zawodu składają przysięgę lub deklarację zawodową.
- Ideały profesjonalizmu mogą być rozwijane poprzez poprawę wizerunku zawodu poprzez świadczenie innowacyjnych usług i wspieranie farmaceutów w rozwijaniu ideologii, która zapewnia większe zaangażowanie w jakość, a nie ekonomiczną efektywność pracy i zysk finansowy.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Studenci i rezydenci są szkoleni do bycia profesjonalistami, zarówno w środowisku społecznym, jak i szpitalnym, podnosząc swoje oczekiwania wobec praktyki farmaceutycznej do wzniosłych ideałów profesjonalizmu we współczesnej praktyce.(52, 55-58) Młodzi farmaceuci doświadczają rozczarowania, gdy nie są w stanie wykorzystać umiejętności zawodowych nabytych podczas kształcenia.(46, 97) Studenci zastanawiają się, jak zmniejsza się ich poczucie autonomii zawodowej, widząc nieetyczne postępowanie innych farmaceutów, oraz gdy ich pracodawcy przymuszają ich do zwiększenia obrotu wykorzystując cele sprzedażowe.

Modelowanie ról, dawanie przykładu młodym farmaceutom, jest kwestią niedostatecznie zbadaną, ale mogą się nią zająć towarzystwa farmaceutyczne i kształcenie ustawiczne. Studenci w badaniu Schafheutle i in. w 2012 r. zidentyfikowali wzorce do naśladowania jako mające szczególny wpływ na uczenie się postawy zawodowej w aptece.(59) Studenci stwierdzili również, że nauka zawodu powinna być ugruntowana w trakcie całego toku studiów, np. wskazując, że cenne byłyby jednoznaczne stwierdzenia w rocznikach i kodeksach postępowania.

Innym ważnym aspektem zawodu jest znaczenie uczciwości i dbałości o bezpieczeństwo pacjenta w praktyce. Przypadki występowania szkodliwych działań leków u pacjentów, spowodowane brakiem uwagi farmaceuty, podważają zaufanie społeczne do zawodu. Na przykład w niedawnym artykule redakcyjnym w USA ubolewano nad brakiem fachowego i etycznie uzasadnionego nadzoru farmaceutów nad sporządzaniem leków



na dużą skalę, czego skutkiem było przygotowanie zanieczyszczonych iniekcji, które spowodowały wiele zgonów generując ogromne cierpienie i koszty. Autor stwierdził:

Opinia publiczna nie będzie poważnie traktować twierdzeń farmaceutów o autonomii zawodowej i statusie zawodowym, dopóki farmaceuci konsekwentnie nie wykażą swojego nadrzędnego zaangażowania w bezpieczeństwo i dobre samopoczucie pacjentów.(60)

W społeczeństwie, w którym pacjenci, lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia kwestionują uczciwość farmaceutów i wartość zaangażowania farmaceutów w zespół opieki zdrowotnej, farmaceuci muszą wyróżniać się odpowiedzialną, etyczną praktyką, czyniąc opiekę nad pacjentem i bezpieczeństwo jako podstawę swojej działalności, umożliwiając jednocześnie poznanie swojej wartości.(48, 96)

W niektórych krajach wyzwania mają inny charakter. Przegląd piśmiennictwa przeprowadzony przez Basaka i in. w 2009 r. zwrócił uwagę na wielowymiarowe wyzwania stojące przed zawodem farmaceuty i farmaceutami praktykującymi w aptekach ogólnodostępnych i w Indiach.(47) Brak odpowiedniego szkolenia i zaangażowania farmaceutów w opiekę zdrowotną wykazano w badaniu ankietowym, w którym 95% respondentów nie była świadoma istnienia programu kontroli gruźlicy w Indiach. Inne badanie wykazało, że 99% pacjentów i lekarzy nie ufa farmaceutom praktykującym w aptekach ogólnodostępnych w kwestiach związanych ze zdrowiem i receptami, prowadząc do niskiego statusu społecznego i niezdolności do świadczenia poradnictwa. Według doniesień główna rola farmaceuty w Indiach sprowadza się do wydawania leków, a niewiele aptek ogólnodostępnych wykonuje leki recepturowe. Wydawanie leków polega na bezrefleksyjnej dostawie/sprzedaży leków na receptę lub bez recepty i odbywa się głównie przez niefarmaceutów, bez konsultacji. Co więcej, wiele leków w Indiach jest wydawanych nielegalnie bez recepty przez sprzedawców, którzy mają niewielką lub żadną wiedzę na temat przepisów regulujących sprzedaż leków. Basak konkluduje, że do uznania roli farmaceutów w opiece nad pacjentami przez organizacje zawodowe, ustawodawców, uniwersytety i społeczeństwo, konieczne są poważne reformy.(47) Obserwacje te w żadnym wypadku nie są unikalne dla Indii. W większości krajów świata farmaceuci zgodziliby się, że zawodu farmaceuty jest w podobnym stanie.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique
International
Pharmaceutical
Federation



Inną złożoną kwestią związaną z autonomią zawodową jest prawo pracownika ochrony zdrowia do odmowy przeprowadzenia leczenia z powodu klauzuli sumienia; tj. w przypadku farmacji jest to aktywny sprzeciw moralny wobec celu i zastosowania niektórych środków farmaceutycznych. Chociaż ta kontrowersyjna kwestia wykracza poza zakres tego przeglądu, oświadczenie znanego etyka Nancy Berlinger (2008, The Hastings Center) oddaje ogólny konsensus, że gdy moralny sprzeciw jest akceptowany: „Świadczeniodawcy posiadający moralne zastrzeżenia do świadczenia określonych usług mają obowiązek minimalizowania zakłóceń w świadczeniu opieki jak i obciążeń dla innych świadczeniodawców”.(95)

Konflikty interesów w farmacji - dwoistość interesów

Dwoistość interesów związanych z działalnością apteki (tj. sprzedaż produktów leczniczych i innych oraz służyć najlepszym interesom pacjentów) jest zagadnieniem istotnym i kontrowersyjnym. Opłaty za usługi kognitywne w farmacji, w szczególności te, które wykraczają poza zwykłe przekazywanie podstawowych informacji, nie zostały jeszcze przyjęte, nie mówiąc już o ich ograniczonym rozpowszechnieniu w większości krajów. W związku z tym, chociaż farmaceuta pozostaje najbardziej dostępnym świadczeniodawcą opieki zdrowotnej i każdy może się z nim bezpłatnie skonsultować, pozostaje drażliwa kwestia rentowności przedsiębiorstwa w równowadze z opieką skoncentrowaną na pacjencie.

Farmaceuta jako profesjonalista generalnie cieszy się wysokim poziomem zaufania społecznego. Aby utrzymać rentowność prowadzonej działalności, właściciel apteki ogólnodostępnej musi stosować strategie marketingowe, aby zapewnić sobie ciągłość kariery i środki utrzymania. Niektórzy farmaceuci/korporacje pogarszają to postrzeganie poprzez stosowanie agresywnie konkurencyjnych chwytów marketingowych, poprawiając w ten sposób postrzeganie rzetelności i wiarygodności porad farmaceutów.

Cienka granica między „dwoistością interesów”, uznawaną za uzasadnioną i realistyczną, jest często przekraczana i staje się wyraźnym konfliktem interesów - który jest postrzegany z nieufnością i pogardą.(61, 62) Omawiamy tę kwestię bardziej szczegółowo w dalszej części tego przeglądu. Kwestią sporną jest to, czy konkurencyjny model apteki ogólnodostępnej, preferowany przez rządy wielu krajów zachodnich, stanowi odpowiednio etyczne ramy dla tego zawodu. Niektóre wysoce regulowane północnoeuropejskie modele praktyki farmaceutycznej mogą stanowić przykład dobrej równowagi między interesami biznesowymi a troską o zdrowie i dobre samopoczucie pacjentów/klientów. (10)

Co ważne, problem ten nie ogranicza się do publicznego postrzegania roli farmacji. Kwestie biznesowe wpływające na etykę zawodową poszczególnych zatrudnionych farmaceutów również budzą coraz większe obawy. Zatrudnieni farmaceuci w każdym sektorze, w tym w przemyśle farmaceutycznym, wyrażają coraz większy niepokój z powodu stale malejącej autonomii zawodowej.(11, 13, 36, 49, 54, 63) Większość farmaceutów nie ma obecnie kontroli nad środowiskiem swojej praktyki, ponieważ korporacyjny model praktyki farmaceutycznej jest coraz bardziej powszechny,



rozmywa osobistą odpowiedzialność farmaceuty, „utowarawia” leki i przedkłada kwestie biznesowe nad troskę o pacjenta.(45, 46) Zatrudnieni farmaceuci stanowią większość farmaceutów w każdym kraju i ta rzeczywista troska nie wróży dobrze przyszłości zawodu.(48, 50)

Relacje farmaceutów z przemysłem farmaceutycznym

Banks (2005) zbadał nieco inną ścieżkę dyskursu etycznego: relację między farmaceutą a przemysłem farmaceutycznym z perspektywy konfliktów interesów związanych z zachętami marketingowymi (np. prezentami, premiami itp.). Był zdania, że bardziej dogłębne zrozumienie konfliktów interesów (COI) i sposobów ich unikania pomoże farmaceutom wywiązać się z obowiązku zapewnienia najlepszej opieki nad pacjentem.(64) Jego artykuł bada podwójną lojalność farmaceutów poprzez ich relacje z producentami leków, które powodują konflikty interesów i kwestionują ich profesjonalizm i postawę etyczną. Banks omówił powszechność zachowań prowadzących do COI, negatywny wpływ COI farmaceutów na opiekę nad pacjentami oraz działania, które farmaceuci mogą podjąć, aby uniknąć COI.

Podobnie jak w przypadku lekarzy,(65, 66) farmaceuci mogą angażować się w wątpliwe etycznie relacje z producentami leków, które stoją w sprzeczności z ich zawodowym obowiązkiem działania w najlepszym interesie pacjentów. Według Banksa, prezenty, pozorowane konsultacje i pozorowane badania są coraz częściej kierowane do farmaceutów w miarę rosnącego ich znaczenia w terapii w Stanach Zjednoczonych. Utrzymuje on, że farmaceuci muszą korzystać ze swojej autonomii i działać na rzecz pacjentów, a nie służyć interesom przemysłu farmaceutycznego.

Banks stwierdził również, że standardy etyczne farmaceutów zakładają wierność pacjentom i służyć potrzebom społeczeństwa w celu altruistycznym, a nie materialistycznym. Twierdząc, że kodeksy etyki farmaceutycznej nie zawierają jasnych rozróżnień dotyczących potencjalnych COI, zasugerował, że farmaceuci powinni sprawować kontrolę nad swoimi relacjami z producentami farmaceutycznymi i pracować nad neutralizacją asymetrii informacji, pozyskiwaniem informacji o lekach z wiarygodnych źródeł i wymaganiem od producentów udokumentowania ich oświadczeń promocyjnych. Farmaceuci, szkoły i organizacje zawodowe mogą zrobić więcej, aby poszerzyć wiedzę i wypracować nowy konsensus dotyczący COI w farmacji. Farmaceuci są również dobrze przygotowani do tego, aby bronić pacjentów, a nie służyć interesom przemysłu farmaceutycznego.(64) Problem ten został dobrze udokumentowany w piśmiennictwie, a w niektórych krajach istnieją wytyczne dotyczące unikania wyzwań etycznych w tym kontekście i innych podobnych scenariuszach. (66, 67)

Farmaceuci pracujący w przemyśle farmaceutycznym

Farmaceuci pracujący w przemyśle farmaceutycznym mogą czasami stawać przed wyzwaniami etycznymi związanymi z ich rolą w „utowarowieniu”



leków i promocji produktów leczniczych. Na przykład, farmaceuci zatrudnieni przez przemysł farmaceutyczny mogą być zaangażowani w projektowanie i/lub rozpowszechnianie reklamy skierowanej bezpośrednio do konsumenta (DTCA) leków wydawanych na receptę lub bez recepty. Powszechnie uznaje się, że DTCA we wszystkich swoich formach, zarówno w odniesieniu do leków na receptę, jak i bez recepty, stanowi poważny problem dla farmaceutów, lekarzy i ogólnie osób zainteresowanych zdrowiem publicznym. Kwestia ta była również przedmiotem zainteresowania FIP i WHO. (68-77) Farmaceuci zaangażowani w promowanie leków w taki sposób mogą postępować niezgodnie z mandatem społecznym zawodu, którym jest przede wszystkim bezpieczeństwo pacjentów i służenie ich najlepszym interesom. Piśmiennictwo wydaje się być pozbawione badań lub dyskusji na temat względów etycznych związanych z zatrudnianiem farmaceutów przez przemysł farmaceutyczny. Pomocna byłaby na przykład wiedza, w jaki sposób tacy farmaceuci równoważą etyczne imperatywy pracownika ochrony zdrowia z imperatywami biznesowymi ich pracodawców.

Poważne wyzwanie: Korporatyzacja aptek i malejąca autonomia

Na potrzeby niniejszego raportu Grupa Robocza FIP zdefiniowała autonomię zawodową jako:

Prawo i przywilej przyznany przez organ rządowy grupie profesjonalistów oraz każdej osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu, do wykonywania niezależnego, eksperckiego osądu w ramach prawnie określonego zakresu praktyki, w celu świadczenia usług w najlepszym interesie klienta.

Własność aptek ogólnodostępnych na całym świecie jest kontrolowana przez niewielką liczbę podmiotów korporacyjnych. Rynkowe sieci aptek dyskontowych zyskują na popularności, ponieważ ciągła presja cenowa, wygaśnięcie patentów na kluczowe leki i reformy finansowania rządowego zmniejszają marże i odciągają uwagę od opieki nad pacjentem. (92)

Dowody wskazują, że zwiększona korporatyzacja aptek tworzy "dwoistość interesów", zmniejsza autonomię zawodową farmaceutów i zagraża bezpieczeństwu pacjentów. Hussar (2012) artykule zatytułowanym "Nasza autonomia zawodowa i zdrowie naszych pacjentów są zagrożone!" w wymowny sposób przedstawił swoje obawy dotyczące autonomii zawodowej farmaceutów (78). Identyfikuje on ryzyko związane z zaniedbywaniem kwestii autonomii zawodowej w praktyce, wzywając do przyjęcia szeregu zaleceń przez towarzystwa farmaceutyczne. Dwa z tych zaleceń, istotne z punktu widzenia celu niniejszego przeglądu, to:

1. Cała społeczność zawodowa farmaceutów musi wykazać się silnym zaangażowaniem zwiększanie liczby niezależnych aptek oraz wspieranie i rozwijanie postępowych modeli praktyki w tych aptekach.



2. Niezależni farmaceuci i organizacje, w których uczestniczą, muszą skuteczniej komunikować się i współpracować w rozwiązywaniu problemów i dążeniu do osiągnięcia celów zawodowych.

Perepelkin i in. stwierdzili, że kierownicy aptek (tj. osoby odpowiedzialne za aptekę) pracujący w korporacyjnym środowisku aptecznym w Kanadzie są mniej zorientowani na swoją rolę biznesową w porównaniu z osobami pracującymi w niezależnym lub franczyzowym środowisku aptecznym.(54) Ponadto, podczas gdy respondenci w tym samym badaniu podobnie ocenili swój autorytet, autonomia, możliwości podejmowania decyzji i kontrola okazały się najbardziej ograniczone wśród respondentów aptek korporacyjnych, i w mniejszym stopniu wśród kierowników aptek franczyzowych.

Basak i in. w 2009 r. (47) ujawnili, że większość aptek w Indiach należy do niefarmaceutów, a znaczny wzrost udziału aptek sieciowych w ostatniej dekadzie spowodował, że główna rola farmaceutów została zredukowana do natychmiastowego wydawania leków bez konsultacji.

Bush i in. (2009) stwierdzili, że korporatyzacja sektora aptek ogólnodostępnych w Wielkiej Brytanii może zagrozić próbom reprofesjonalizacji dokonywanych poprzez rozszerzenie ról i dążenie do większego zaangażowania apteki w ochronę zdrowia publicznego. (53)

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Utowarowienie (Komercjalizacja) opieki zdrowotnej i podwójna lojalność

Cena, koszt, jakość, dostępność i dystrybucja opieki zdrowotnej są w coraz większym stopniu pozostawiane są działaniom konkurencyjnego rynku, ograniczając dostępność opieki zdrowotnej dla konsumentów i wywierając szkodliwy wpływ na etykę i stosowane praktyki w branży ochrony zdrowia. (79, 80) W kontekście farmacji, zwiększona konkurencja i obawy finansowe spowodowały dylematy etyczne, ponieważ farmaceuci we wszystkich środowiskach (indywidualnych lub korporacyjnych) uważają, że ich lojalność jest podzielona między sprzeczne obowiązki finansowe i zawodowe.(25, 36, 81) Jednak wielu badaczy zgadza się z Wingfieldem i in., którzy stwierdzili, że chociaż wartości biznesowe i komercyjne doprowadziły do problemów etycznych (takich jak kontrolowanie zysków i presja klientów), polityka firmy oraz jej organizacja są kluczowymi elementami wpływającymi na zmianę wartości i komercjalizację zawodu.(7)

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie przez Latif i wsp. sugerowały, że środowisko farmaceutów zatrudnionych w aptekach szpitalnych jest bardziej nastawione na podejście kliniczne, ponieważ jest pozbawione finansowych konfliktów interesów jednostek. Stwierdzono, że farmaceuci o dłuższym stażu pracy oraz studenci po kontakcie z pracą w aptece ogólnodostępnej, uzyskiwali niższe wyniki w zakresie analizowania kwestii etycznych (33-35, 82-90). Hibbert i in. zwrócili uwagę na wpływ interesowności, wartości handlowych/organizacyjnych oraz kwestii prawnych na podejmowanie decyzji przez farmaceutów w Wielkiej Brytanii.(81) Cooper i in. skazali na obawy etyczne farmaceutów w Wielkiej Brytanii dotyczące pobierania opłat za monitorowane systemy dawkowania, substitucję leków oryginalnych, presję na sprzedaż łązoną, troskę o ubóstwo klientów i sprzedaż słodczy.(63)

Pellegrino utrzymuje, że opieka zdrowotna nie jest towarem (tj. produktem



komercyjnym) i nie powinna być traktowana. Punkt ten został również wzmocniony przez Starra we wcześniejszej publikacji. (91) Farmaceuta, jako część zespołu opieki zdrowotnej, musi uznać nadrzędność najlepszego interesu pacjenta przy podejmowaniu decyzji, zachować powściągliwość wobec własnego interesu i traktować opiekę zdrowotną jako dobro wspólne, a nie towar na rynku nastawionym na zysk. (80, 91)

Wnioski

Powyższy przegląd piśmiennictwa zwrócił uwagę na kilka historycznych i współczesnych kwestii i obaw związanych z etyką zawodową i autonomią w zawodzie farmaceuty na całym świecie. Ustalenia i zalecenia zawarte w opracowanym zbiorze piśmiennictwa mogą pomóc FIP w prowadzeniu zawodu do wdrożenia zmian zawodowych i kulturowych, aby umożliwić mu sprostanie wyzwaniom współczesnej praktyki.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation

Bibliografia

1. Edelstein L. The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation. Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein. Baltimore: John Hopkins Press; 1967. p. 3-64.
2. Carrick P. Medical Ethics in Antiquity: Philosophical Perspectives on Abortion and Euthanasia. Dordrecht, The Netherlands: Reidel; 1985.
3. Jonsen A. Narodziny bioetyki. New York: Oxford University Press; 1998.
4. Kerridge I, M. Lowe, et al. Ethics and law for the health professions. Sydney NSW, Federation Press. 2012.
5. Darvall L. Medycyna, prawo i zmiany społeczne: The Impact of Bioethics, Feminism and Rights Movements on Medical Decision- Making: Dartmouth Publishing; 1993.
6. Chaar B, Brien, J., and Krass, I., Professional Ethics in Pharmacy Practice - Developing a psychometric measure of moral reasoning. Pharmacy World and Science. 2009;31:439-49.
7. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. The Scope of pharmacy ethics-an evaluation of the international research literature, 1990-2002. Social Science & Medicine 2004. p. 2383-96.
8. Cooper R., Bissell P, Wingfield, J. A new prescription for empirical ethics research in pharmacy: a critical review of the literature. J Med Ethics. 2007;33:82-6.



9. Morley PC. Pharmaceutical care: desiderata. J Clin Pharm Ther. 1993;18:143-6.
10. Chaar B. Ethics in Pharmacy. Applied Ethics ISBN: 9780734611499 / 978-0- 7346-1149-9 Publishers: TUP Sydney Australia. 2012.
11. Dorey J. Ethical Issues in Pharmacy. Journal of Medical Ethics. (Book Review). 1997 Oct 1997;23(5):331.
12. Dessing RP, Flameling J. Ethics in Pharmacy: a new definition of responsibility. Pharmacy World and Science. (Commentary). 2003;25(1):3-10.
13. Dessing RP. Ethics applied to pharmacy practice. Pharmacy World and Science. 2000;22(1):10-6.
14. Dessing RP. Ethical Rationalism Applied to Pharmaceuticals. Pharmaceutical Ethics. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2002. s. 27-44.
15. Veatch RM, editor. Ethical Principles in Pharmacy Practice. The Challenge of Ethics in Pharmacy Practice; 1985; Madison, Wisconsin: American Institute of the History of Pharmacy.
16. Buerki RA, editor. Introduction to the Challenge of Ethics in Pharmacy Practice. The Challenge of Ethics in Pharmacy Practice; 1985; Madison Wisconsin: American Institute of the History of Pharmacy.
17. Buerki RA, Vottero LD. Odpowiedzialność etyczna w praktyce farmaceutycznej. Madison, Wisconsin: Amerykański Instytut Historii Farmacji; 1994.
18. Fink J, editor. Applied Ethics in Pharmacy Practice. The Challenge of Ethics in Pharmacy Practice; 1985; Madison, Wisconsin: American Institute of the History of Pharmacy.
19. Haddad A. Ethical Problems in Pharmacy Practice: a survey of difficulty and incidence. American Journal of Pharmaceutical Education. 1991;55(3).
20. Haddad A, editor. Teaching and Learning Strategies in Pharmacy Ethics. 2nd ed. New York: The Pharmaceutical Products Press; 1997.
21. Hepler CD. The future of pharmacy: pharmaceutical care. American Pharmacy. 1990;NS30(10):23-9.
22. Veatch RM. Hospital Pharmacy: What is Ethical? Am J Hosp Pharm. 1989;46:109-15.
23. Zellmer W. Ethics (Editorial). Am J Hosp Pharm. 1989;46(Jan 1989):75.
24. Zellmer W. Pharmacy practice leadership in the 1990s (Editorial). Am J Hosp Pharm. 1990;47(Feb 1990):307.
25. Chaar B. Ethics in Day to Day Pharmacy Practice - Eva Australian Pharmacist 2012;31(3).
26. Chaar B. Ethics in Day to Day Practice -Daniel Part I. Australian Pharmacist 2012;31(05):408-10.
27. Chaar B. Ethics in Day to Day Practice -Daniel Part II. Australian Pharmacist 2012;31(07).

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



28. Chaar B. Between a Rock and a Hard Place - Andrew's Predicament Australian Pharmacist 2012;31(09):746.
29. Chaar B. Charles and the Fraudulent Boss. Australian Pharmacist. 2012;31(11):907.
30. Chaar B. The Other Side of the Story Australian Pharmacist. 2013;32(1):71.
31. PSA. Code of Ethics for Pharmacists (Pharmaceutical Society of Australia). 2011.
32. Salek S, Edgar A. Pharmaceutical Ethics. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2002.
33. Latif D. Cognitive Moral Development and Pharmacy Education. American Journal of Pharmaceutical Education. 2000d 2000;64:451-4.
34. Latif DA, redaktor. Cognitive Moral Development and Pharmacists' Clinical Decision-making. Hawaii International Conference on Social Sciences; 2003; Hawaje.
35. Latif D. The Relationship between Ethical Reasoning and the Perception of Difficulty with Ethical Dilemma in Pharmacy Students: Implications for Teaching Professional Ethics. Teaching Business Ethics. (Research). 2001 2001;5:107-17.
36. Chaar B, Brien J, Krass I. Professional ethics in pharmacy: the Australian experience. International Journal of Pharmacy Practice. (Research). 2005;13:195-204.
37. Denzin N, Mettlin C. Incomplete professionalization: the case of pharmacy. Social Forces. 1968;46:375-81.
38. Adamcik B, et al. New clinical roles for pharmacists: A study of role expansion. Social Science & Medicine. 1986 1986;23(11):1187-200.
39. Elenbaas RM, Worthen DB (eds). Clinical pharmacy in the United States: transformation of a profession. Kenexa, Kansas: American College of Clinical Pharmacy. 2009.
40. Barber B. Professions and emerging professions. In: Callahan JC, editor. Ethical issues in professional life. New York: Oxford University Press; 1988. s. 35-9.
41. Chisholm-Burns MA, Graff Zivin JS, Lee JK et al. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: a systematic review. Am J Health-Syst Pharm. 2010;67:1624-34.
42. Chisholm-Burns MA, Lee J, Spivey CA et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. Med Care. 2010;48:923-33.
43. Patwardhan A, Duncan I, Murphy P, Pegus C. The Value of Pharmacists in Health Care. Population Health Management, Vol 15, No 3, pp 157-162. 2012.
44. Australian Government DoHaA. Home Medicines Review (HMR). Canberra 2005 (updated July 2005; cited 2013 24th Feb 2013); Available:



<http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-epc-dmmr.htm>.

45. Besnik D, Ranelli P, Resnik S. The conflict between ethics and business in community pharmacy: what about patient counseling? *J Bus Ethics*. 2000;28:179-86.
46. Agomo CO. Why UK pharmacy must adapt to the increasing demands of professionalism in practice. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2012;20:320-3.
47. Basak SC., Van Mil F. The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India. *Pharm World Sci* 2009;Vol. 31:612-8.
48. Stamos E. Future pharmacists have many questions to ponder. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA* 44(4):424, 426, 2004 Jul-Aug. 2004.
49. Masters KP. A resident's perspective on professionalism in pharmacy. *Am J Health-Syst Pharm*. 2005;62.
50. FIP. Understanding, Preserving, and Protecting Pharmacists' Professional Autonomy. FIP Executive Committee and the Community Pharmacy Section Session Summary (Kongres FIP, Istambuł). 2009.
51. Benrimoj SI, Roberts AS. Patient care in community pharmacies in Australia. *Annals of Pharmacotherapy*. 2005;39:1911-7.
52. Mannasse H, Andraws M. Accepting accountability for the medication-use system. *Am J Health-Syst Pharm*. 2011;68(Aug 1):1444-8.
53. Bush J, Langley CA, Wilson KA. The corporatization of community pharmacy: Implications for service provision, the public health function, and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*. 2009;5(4):305-18.
54. Perepelkin J, Dobson RT. The corporatization of community pharmacy: Implications for service provision, the public health function, and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*. 2010;6(4):280-92.
55. Manasse HR. Health-system pharmacy's imperative for practice model change. *Am J Health-Syst Pharm*. 2012;69:972-8.
56. Zellmer WA. Doing what needs to be done in pharmacy practice leadership: A message for residents. *Am J Health-Syst Pharm*. 2003;60:1903-7.
57. Hammer DP. Professional attitudes and behaviors: the As and Bs of professionalism. *Am J Pharm Educ*. 2000;64:455-64.
58. American College of Clinical Pharmacy. Tenets of Professionalism for Pharmacy Students. *Pharmacotherapy*. 2009;29(6):757-9.
59. Schafheutle EI, Hassell, K., Ashcroft, D. M., Hall, J. i Harrison, S. How do pharmacy students learn professionalism? *International Journal of Pharmacy Practice*, Vol 20, s. 118-128. 2012.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation



60. Zellmer WA. Toward atonement for pharmacy compounding tragedies (Editorial). *Am J Health-Syst Pharm*. 2012;69:2055.
61. Grace D, Cohen S. *Business Ethics-Problems and Cases*. Third ed. South Melbourne: Oxford University Press; 2005.
62. Goolsby JR, Hunt SD. Cognitive Moral Development and Marketing. *Journal of Marketing*. (Research). 1992 styczeń 1992;56:55-68.
63. Cooper R., Bissell P, Wingfield, J. Ethical decision-making, passivity and pharmacy. *J Med Ethics* 2008;34:441-5.
64. Banks D. Pharmacists, pharmaceutical manufacturers, and conflicts of interest. *Am J Health-Syst Pharm*. 2005;62:1827-32.
65. Bickerstaffe R, P. Brock, J-M. Husson, I. Rubin, K. Bragman, K. Paterson, et al. Guiding Principles for Pharmaceutical Physicians from the Ethical Issues Committee of the Faculty of Pharmaceutical Medicine of the Royal Colleges of Physicians of the UK. *Int J Clin Pract*, 60:2 238-241, 2006.
66. Bickerstaffe R, P. Brock, J-M. Husson, I. Rubin, K. Bragman, K. Paterson, et al. Ethics and pharmaceutical medicine - the full report of the Ethical Issues Committee of the Faculty of Pharmaceutical Medicine of the Royal Colleges of Physicians of the UK. *Int J Clin Pract*, luty 2006, 60, 2, 242-252. 2006.
67. American College of Clinical Pharmacy. Pharmacists and Industry: Guidelines for Ethical Interactions. *Pharmacotherapy* 2008;28(3):410-20.
68. Chaar B, Kwong K. Direct-to-Consumer Advertising: Australian Pharmacists' Experiences with Non-Prescription Medicines *International Journal of Pharmacy Practice* 2010; 18: 43-50. 2010.
69. Chaar B, Lee J. The Role of Socioeconomic Status on Consumers' Attitudes towards DTCA of Prescription Medicines in Australia. *Journal of Business Ethics* Volume 105, Issue 4 (2012), Page 447-460 2012.
70. Taylor CR, Capella M.L i Kozup J.C. Does DTC Advertising Provide Information or Create Market Power? Dowody z USA i Nowej Zelandii. *Cross-Cultural Buyer Behavior* Vol 18, s. 9-30. 2007.
71. Desselle SP, Aparasu R. Attitudinal Dimensions that Determine Pharmacists' Decisions to Support DTCA of Prescription Medication *Drug Information Journal*, Vol 34, pp 103-114. 2000.
72. Norris P, Herxheimer A, Lexchin J, Mansfield P. *Drug promotion: what we know, what we have yet to learn*. London: World Health Organization and Health Action International, 2005. 2005.
73. Reast J, Paliwadana D, Shabbir H. The ethical aspects of direct-to-consumer advertising of prescription drugs in the United Kingdom: Physician versus consumer views. *The Journal of Advertising Research* 2008;48(3):450-64. 2008.



74. Rutter P, Gilbody S. The European pharmaceutical industry: coming to a screen near you? *Journal of the Royal Society of Medicine* 2008;101(10):485-488. 2008.
75. Cassels A. Canada may be forced to allow direct to consumer advertising. *British Medical Journal* 2006;332(7556):1469 2006.
76. Stange KC. Time to ban direct-to-consumer prescription drug marketing. *Ann Fam Med* 2007;5(2):101-4. 2007.
77. IP Statement of Policy on Medicines Information for Patients(2008, Basel) <http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=290>
78. Hussar DA. Our Professional Autonomy and the Health of our Patients are at Risk! - we need more independence in our practice responsibilities and more independent pharmacies. *The Pharmacist Activist* http://www.pharmacistactivist.com/2012/September_2012.shtml. 2012(Sep 2012 Issue).
79. Pellegrino ED. Societal Duty and Moral Complicity: The Physician's Dilemma of Divided Loyalty. *International Journal of Law and Psychiatry*. 1993;16 str. 371-91.
80. Pellegrino ED. The Commodification of Medical and health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol 24, No 3, pp 243-266. 1999.
81. Hibbert D, Rees J, Smith I. Ethical awareness of community pharmacists. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2000;8:82-7.
82. Latif D. Moral Reasoning As A Determinant of Community Pharmacists' Actual Nonprescription Warning Advice and Self-Report Social Desirability. *Journal of Pharmaceutical Care*. (Artykuł 1). 1998 styczeń 1998;2.
83. Latif D. Cognitive Moral Development and Clinical Performance: Implications for Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 1999 Spring 1999;63:20-7.
84. Latif D. The Link Between Moral Reasoning Scores, Social Desirability, and Patient Care Performance Scores: Dowody empiryczne z apteki detalicznej. *Journal of Business Ethics*. (Research). 2000c;25:225-69.
85. Latif D. The Relationship between Pharmacy Students' Locus of Control, Machiavellianism and Moral Reasoning. *American Journal of Pharmaceutical Education*. (Career and Technical Education). 2000e Spring 2000;64(1):33-7.
86. Latif D. An assessment of the level of moral development of American and Canadian pharmacy students. *The International Journal of Pharmacy Practice*. 2002;10:153-60.
87. Latif D. American Pharmacy Students' Moral Reasoning Skills: Implication for the Profession. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*. 2003 2003;20(2).



88. Latif D. An Assessment of the Ethical Reasoning of United States Pharmacy Students: A National Study. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2004 April 28, 2004;68(1-5).
89. Latif DA. Ethical Cognition and Selection-Socialization in Retail Pharmacy. *Journal of Business Ethics*. (Original Research). 2000a June 2000;25(4):343-57.
90. Latif DA. The Relationship between Ethical Dilemma Discussion and Moral Development. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2000b 2000;64:126-33.
91. Starr P. The Coming of the Corporation (Chapter 5). In: Starr P. *The Social Transformation of American Medicine—The Rise of A Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: Basic (1982).
92. IBIS World Global Report on the Pharmaceutical Industry, 2012, s. 4-5.
93. Zlatic, T. (2010) Reaffirming the Human Nature of Professionalism. (Rozdział 1 str. 3-17) w: *Clinical Faculty Survival Guide*. American College of Clinical Pharmacy, Lenexa Kansas, USA. ISBN:978-1-932658-73-6
94. Advocate General's Opinions in Case C-531/06 and Joined Cases C-171/07 and C-172/07 Press Release No 98/08 16 December 2008
<http://curia.europa.eu/en/actu/communiqués/cp08/affect/cp080094en.pdf>
95. Berlinger, N (2008) "Conscience Clauses, Health Care Providers, and Parents," w *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers and Campaigns*, red. Mary Crowley (Garrison, NY; The Hastings Center, 2008), 35-40.
96. Royal Dutch Pharmacists Association. Manifesto Professionalism of the Pharmacist--Foundation for Acting Professionally and Ethically. 18 December 2012.
<http://www.knmp.nl/downloads/organisatie-regelgeving/ManifestoprofessionalismofthePharmacist.pdf>
97. Dore DD. Day in the Life of a Corporate Retail Pharmacist. *Ann Intern Med*. 2013;159:366-7.

Fédération
Internationale
Pharmaceutique

International
Pharmaceutical
Federation